





Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2025

Auvantage 2023				
☐ UHC Senior Care Options MA-Y00☐ UHC Senior Care Options NHC Ma	-	-		
Esta solicitud es para personas que tie eligen inscribirse en UnitedHealthcare la Parte B de Medicare. Si usted tiene Original, tal vez aún cumpla los requis Options (SCO) y recibir todos sus ben programa UnitedHealthcare® SCO.	e® Senior Car MassHealth sitos para insc	e Options. Standard, cribirse en	Usted también debe tener la Parte A y pero no califica para Medicare nuestro plan MassHealth Senior Care	
Información sobre MassHealth	Standard ((Medicai	d)	
¿Está inscrito en el programa Massi- Escriba su número del programa Mas MassHealth. Ese número tiene 12 dígi Número del programa MassHealth Para inscribirse en una organización tener los beneficios de MassHealth ; MassHealth, llame al 1-888-834-372 total o parcial).	sHealth o adj itos y se encu n de cuidado Standard. Pa	unte una c lentra deba para adul ara solicita	opia de su tarjeta del programa ajo de su nombre. tos de edad avanzada, usted debe	
Datos del miembro (escriba a máquir	na o en letra d	de molde d	on tinta negra o azul)	
Apellidos	Nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo □	Masculino ☐ Femenino	
N.º de teléfono residencial () — N.º de teléfono móvil () —			éfono móvil () –	
☐ Doy mi consentimiento para que Un número de teléfono que he proporcio			•	
pregrabada.	nado atmzant	ao an oloto	ma do marodoron adiomatica o voz	
				_
pregrabada.	a las persona	s que se in	scriben en planes D-SNP	_

H2226_ERF_2025_C SP UHCSCO_ERF_H2226_2025

Nombre del centro de enfermer	ía especializada (si corres	sponde)		
N.º de Medicare				
Dirección de residencia perman personas sin hogar, una casilla permanente)				
Ciudad	Condado		Estado	Código postal
Dirección postal (Solo si es dist	tinta a la dirección perm	anente.	Puede ser	una casilla de correo.)
Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	(opcional)		<u> </u>	
¿Tiene otro seguro que cubrira	á sus medicamentos co	n receta	1?	□ Sí □ No
(Por ejemplo: Otro seguro privado Veteranos o programas estatale	do, TRICARE, cobertura			ales, beneficios para
Si respondió sí , proporcione los	siguientes datos:			
Nombre del otro seguro				
N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin		RxPCN (opcional)
Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.				
Su respuesta a las siguien	ites preguntas nos a	yudará	a adminis	strar mejor el plan
1. ¿Desea recibir información	sobre el plan en otro idi	oma o e	en un format	o accesible?
Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción: ☐ Inglés ☐ Chino ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro				
Si no aparece el idioma o forr TTY 711 , de 8 a.m. a 8 p.m., l CommunityPlan para obtene	hora local, los 7 días de la		•	
2. ¿Es usted de origen hispand No, no soy de origen his Sí, mexicano, mexicoam	spano, latino o español	eccione	todo lo que	corresponda.
Nombre del miembro				
Nombre/N.º de ID del agente				
H2226_ERF_2025_C SP UHCSCO_ERF_H2226_2025			UHN	//A25HM0221998_000

Sí, puertorriqueño	
Sí, cubano	
Sí, de otro origen hispano, latino o espa	ñol
Prefiero no responder	
3. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que o	orresponda.
Indoamericano o nativo de Alaska	Negro o afroamericano
Asiático:	Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:
Indoasiático	Guameño o chamorro
Chino	Nativo de Hawaii
Filipino	Samoano
Japonés	De otra Isla del Pacífico
Coreano	
Vietnamita	Blanco
Otra raza asiática	Prefiero no responder
	
Miembro/Ciudadano de una Tribu recor (nombre de la Tribu)	. •
4. ¿Cuál es su género? Elija uno.	
Mujer	Uso un término diferente:
Hombre	
No binario	Prefiero no responder
	•
-	ta mejor lo que usted piensa de sí mismo? Elija
uno. Lesbiana o gay	Uso un término diferente:
Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana	
Bisexual	No se Prefiero no responder
Disexual	Preliero no responder
6. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí	□ No
	id que cubrirá servicios médicos? leador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo ites Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de
Automóviles o beneficios para Veteranos)	Sí 🗆 No
Si respondió sí, proporcione los siguientes dato	
——————————————————————————————————————	O.
Nombre de la compañía de seguros de salud	
Nombre del miembro	
Nombre/N.º de ID del agente	
H2226_ERF_2025_C SP	UHMA25HM0221998_000
UHCSCO_ERF_H2226_2025	_

N.º de miembro	
7. Proporcione el nombre de su proveedor de c clínica o centro de salud.	uidado primario (primary care provider, PCP),
Una lista se encuentra en el sitio web del plan o er	n el Directorio de Proveedores.
Nombre completo del proveedor/proveedor de cu	iidado primario
N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario	(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)
¿Está consultando o ha consultado recientemente	e a ese proveedor? ☐ Sí ☐ No
Lea y firme	
Al llenar esta solicitud, acuerdo que:	
plan Medicare Advantage que tiene un contra SCO también tiene un contrato con Common MassHealth. No se trata de un Plan Complem MassHealth Standard. Debo mantener la cob médica (Parte B) para seguir inscrito en Unite la Parte B, de haberla, a menos que la pague Como estoy inscrito en el programa MassHeatengo un período de elección que califica. De UnitedHealthcare® SCO el primer día del mes UnitedHealthcare® SCO cubre un área de ser fuera del área de servicio del plan UnitedHea inscripción y buscar un nuevo plan en mi nue UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacue servicios, tengo derecho a apelarlas. Entiendo que los beneficiarios de Medicare gemientras están fuera del país, excepto por un Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de Estados Unidos. Consulte el Resumen de Bel Entiendo que cuando comience mi cobertura beneficios médicos y de medicamentos con reservicios autorizados por UnitedHealthcare y Cobertura" de UnitedHealthcare (también cor	nentario de Medicare. Debo mantener mi plan de pertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura edHealthcare. Debo seguir pagando la prima de Medicaid o un tercero. Alth, puedo dejar UnitedHealthcare® SCO si ejaré de estar cubierto por el plan es posterior al mes en que solicite dejar el plan. Evicio específica. Si tengo planeado mudarme lithcare® SCO, llamaré al plan para cancelar mi eva área. Una vez que sea miembro del plan rido con las decisiones del plan sobre pagos y preneralmente no están cubiertos por Medicare a cobertura limitada cerca de la frontera de los de emergencia y de urgencia fuera de los neficios para obtener más información. de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y contenidos en mi documento "Evidencia de nocido como contrato del miembro o convenio
Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente	
H2226_ERF_2025_C SP	UHMA25HM0221998_000

UHCSCO_ERF_H2226_2025

	del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o
	servicios que no están cubiertos.
	Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez - y que
	la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan
	MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private
	Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings
	Account, MSA) de Medicare).
	Divulgación de información: Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que
	el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un
	seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal
	que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de
	Privacidad a continuación).
	Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con
	organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea
	necesario para administrar mi plan de salud.
	La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si
	proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción
	en el plan.
	La inscripción en este plan podría afectar los beneficios de salud que recibo de mi empleador
	o sindicato. Si tengo una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en
	este plan puede afectar el funcionamiento de mi cobertura actual. Mis dependientes o yo
	podríamos perder toda nuestra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si me
	·
	inscribo en este plan. Hablaré con mi empleador o sindicato. Preguntaré si mi inscripción en
	este plan podría afectar a mi plan actual. También sería conveniente que consulte el sitio web
	de mi empleador o sindicato, o leer cualquier información que me hayan enviado. Si no hay
	información sobre con quién comunicarse, mi administrador de beneficios o la oficina que
	responde preguntas sobre mi cobertura pueden ayudarme.
	Aviso de Recuperación del Patrimonio: El programa MassHealth está obligado por la ley
	federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que
	son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo
	dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información
	sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth,
	visite www.mass.gov/estaterecovery
	Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la
	inscripción en el plan.
• • •	
	firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud
	irmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a
	ey estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal,
tute	ela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por
esc	crito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta
Non	nbre del miembro
Non	nbre/N.º de ID del agente

H2226_ERF_2025_C SP UHCSCO_ERF_H2226_2025

solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado Fecha de hoy

Si usted es el represen Datos (*No un Agente d		, firme arr	iba y llene los si	guientes	
Apellidos		Nombre	Nombre		
Dirección					
Ciudad		Estado		Código postal	
N.º de teléfono () –			Relación con el solicitante		
Para las Personas que	avudan al miemb	oro a llena	r este formulario	o únicamente	
Llene esta sección si usted					
Estatal de Asistencia con el familiares u otros terceros) o	Seguro de Salud [St	ate Health Ir	nsurance Assistance	. •	
		Relación	Relación con el miembro		
Firma		Número	Número de Proveedor Nacional (agentes/		
		agentes	agentes de seguros únicamente)		
Para uso exclusivo de	la agencia/del Re	epresentai	nte de Ventas co	on Licencia	
ID del sistema/representante de ventas con licencia			Fecha de recepción inicial		
Nombre del agente/representante de ventas con lice			Fecha de vigencia	propuesta	
Para ser llenado por el age	ente de ventas				
☐ IEP (miembros de	□ ICEP (miembros de MA)	☐ IEP (miembros de ☐ OEP (1 de enero a 31 de marzo) los requisitos para el 2.º IEP)		•	
Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente	e			25HM0221998 000	

UHCSCO_ERF_H2226_2025

			Página 7 de 10	
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	☐ SEP (cambio de residencia)	☐ SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)	
☐ SEP (condición crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	□ OEPI	
☐ SEP (razón del Período de Elección Especial)				
Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional) Fecha				

Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo o fax a:

UnitedHealthcare 1325 Boylston Street, 11th Floor Boston, MA 02215

Nombre del miembro	
Nombre/N.º de ID del agente	
H2226_ERF_2025_C SP	UHMA25HM0221998_00

Fax: 1-855-250-2168

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa Senior Care Options. UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-844-560-4944, TTY **711**, todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

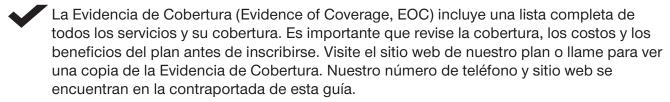
Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

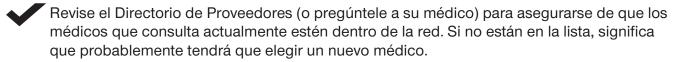
N.º de OMB 0938-1378 Vence: 6/30/2026 H2226_ERF_2025_C SP UHCSCO_ERF_H2226_2025

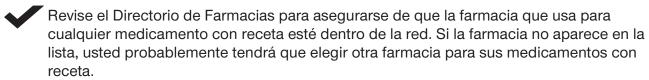
Lista de Verificación de Inscripción

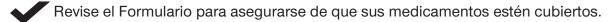
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

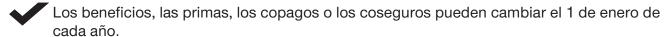


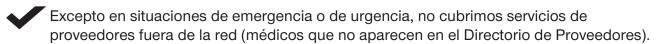


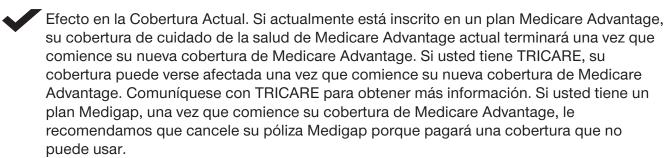




Explicación de reglas importantes









Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Para calificar, usted debe ser mayor de 65 años, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en MassHealth Standard. También podría necesitar vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse.