



Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener estos dos seguros:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza a partir del 1 de enero).
- En un plazo de 3 meses después de haber obtenido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y teléfono.

Nota: Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los artículos de la Sección 2 son opcionales, no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Según la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se exige que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de administración y presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ninguna sección con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de autorización de informes de la PRA. Cualquier objeto que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucederá después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si usted quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Ultimate Health Plans
ATTN: Enrollment
10470 Spring Hill Dr
Spring Hill, FL 34608

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Ultimate Health Plans llamando al 1-855-858-7526. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Ultimate Health Plans llamando al 1-855-858-7526 (TTY 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y marque 2 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

