

Seleccione una opción de pago de primas:

Si no selecciona una opción de pago, usted recibirá una factura cada mes.

- Obtener una factura**
- Deducción automática de mi cheque mensual del Seguro Social**
- Deducción automática de mi cheque mensual de beneficios de la RRB**

(La deducción del Seguro Social puede demorar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura por sus primas mensuales del plan).

Lea y firme abajo:

Ultimate Health Plans es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que, si recibo ayuda de un representante de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Ultimate Health Plans, puede recibir su pago basado en mi inscripción en Ultimate Health Plans.

Revelación de información: Al inscribirme en este plan médico de Medicare, reconozco que el plan médico de Medicare revelará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que Ultimate Health Plans revelará mi información, incluyendo los datos de eventos de mis medicamentos recetados, a Medicare, quien puede revelarlos para investigación y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentaciones federales que correspondan. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. Entiendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que cuando comience la cobertura de mi Ultimate Health Plans, debo obtener toda mi atención médica de Ultimate Health Plans, excepto por servicios de emergencia, urgentes o los de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Ultimate Health Plans y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de cobertura de Ultimate Health Plans (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin la autorización, **NI MEDICARE NI Ultimate Health Plans PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que leí y comprendí el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) dicha persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

FIRMA: _____ FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)
 _____ / _____ / _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

RELACIÓN CON LA PERSONA INSCRITA: _____ TELÉFONO: _____
 _____ (____) _____

Solo para uso administrativo:

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL/AGENTE/CORREDOR (si asistió en la inscripción): _____ UCAIN/Número de escritura: _____

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: _____ TIPO DE ELECCIÓN: ICEP/IEP AEP OEP SEP

FECHA DE RECEPCIÓN DEL PLAN: _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- Formulario de extensión de la cita ***Se exige para inscripciones asistidas por agentes**
- Formulario de certificación de elegibilidad ***Se exige para todas las inscripciones excepto AEP**
- Formulario de precalificación del SNP para condiciones crónicas ***Se exige para inscripciones del C-SNP**
- Otro: _____