



Cambio de plan/inscripción corta Formulario de solicitud

NOMBRE: APELLIDO: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

NÚMERO DE MIEMBRO: NÚMERO DE TELÉFONO: ()

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (No se permite el apartado de correos):

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

CONDADO (Opcional):

DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente a su dirección permanente, se permite el apartado de correos):

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

Complete la información de abajo:

Actualmente soy miembro del plan ofrecido por Ultimate con una prima mensual de \$.
Me gustaría cambiar al plan escogido abajo. Entiendo que este plan tiene diferentes beneficios médicos y una prima de \$0 por mes.

- Condado Citrus**
- 013-4 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 032 Premier Plus ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 021 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 022 Advantage Care CHF ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 023 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condado Hernando**
- 001 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 032 Premier Plus ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 019-1 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 024 Advantage Care CHF ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 025 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condados Hillsborough y Pinellas**
- 045 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 026 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 025 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condados Indian River y St. Lucie**
- 031 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 032 Premier Plus ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 033 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 034 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condados Lake, Marion y Sumter**
- 028 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 029 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 023 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condados Manatee y Sarasota**
- 047 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 052 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 034 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condados Orange, Osceola y Seminole**
- 046 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 050 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 034 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condado Pasco**
- 013-3 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 032 Premier Plus ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 019-2 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 024 Advantage Care CHF ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 025 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

- Condado Polk**
- 045 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
 - 051 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 034 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
 - 035 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
 - 036 Advantage Plus ofrecido por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Seleccione una opción de pago de primas:

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

- Recibir una factura
- Dedución automática de mi cheque mensual del Seguro Social
- Dedución 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 impresa por sus primas mensuales).

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 mi documento de Evidencia de cobertura de Ultimate Health Plans (Ultimate Health Plans Evidence of Coverage) (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Autorización previa:

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:

M	M	/	D	D	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

NOMBRE:

APELLIDO:

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN:

RELACIÓN CON EL AFILIADO:

TELÉFONO:

Envíe este formulario por correo a: Ultimate Health Plans Enrollment, PO Box 3459, Spring Hill, FL 34611
O por fax a: 352-515-5969

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:

FECHA DE RECEPCIÓN DEL PLAN:

TIPO DE ELECCIÓN: ICEP/IEP AEP OEP SEP

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

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