



Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en un Plan Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe:

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

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener tanto:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Usted 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 incisos de la Sección 1. Los incisos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completó.

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 sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
 Ultimate Health Plans
 PO Box 3459
 Spring Hill, FL 34611
Fax: 352-515-5969

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Ultimate Health Plans al 1-888-657-4170. 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 al 1-888-657-4170 (TTY 711) o gratis a Medicare al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español; un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un hospicio o una clínica, o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) se puede considerar su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información es aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la solicitud 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 PRA. Cualquier cosa que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o su carga para la recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.



Para inscribirse en los planes de Ultimate Health Plans, proporcione la siguiente información

Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que se quiere inscribir (*todos los planes tienen una prima mensual de plan de \$0 extra*):

Condado Citrus

- 001 Premier 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)

Condados Hernando y Pasco

- 001 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
- 021 Advantage Care ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
- 022 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)
- 025 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
- 026 Advantage Care 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

- 001 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
- 023 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
- 033 Advantage Care 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)
- 023 Advantage Care COPD ofrecido por Ultimate (HMO C-SNP)
- 029 Advantage Care 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)
- 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 Orange, Osceola y Seminole

- 046 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
- 050 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)

Condado Polk

- 045 Premier ofrecido por Ultimate (HMO)
- 051 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)

NOMBRE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

--

FECHA DE NACIMIENTO:

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

TELÉFONO:

()								
---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

SEXO:

Masculino Femenino

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (No escriba un P.O. Box):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIUDAD:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

--	--	--	--	--	--

CONDADO (Opcional):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente a su dirección permanente, se permite el P.O. Box):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIUDAD:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

--	--	--	--	--	--

Su información de Medicare:

NÚMERO DE MEDICARE:

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Ultimate Health Plans?

Sí No

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE MIEMBRO PARA ESTA COBERTURA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 NUMERO DE GRUPO PARA ESTA COBERTURA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Responda solo para planes C-SNP (021, 022, 023, 025, 026, 029, 033, 050, 051, 052):

¿Tiene usted alguna de estas condiciones médicas? Enfermedad cardiovascular (CVD), insuficiencia cardíaca crónica (CHF), trastorno pulmonar crónico/EPOC y diabetes mellitus (DM) Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete también el Formulario de precalificación para el Plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP).

3. Responda solo para planes D-SNP (035, 036):

¿Está inscrito actualmente de manera activa en el programa Medicaid del estado de Florida? Sí No

Si la respuesta es "Sí", dé su número de Medicaid en Florida:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo conservar el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Ultimate Health Plans.
- Al inscribirme en este Medicare Advantage, reconozco que Ultimate Health Plans compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para 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 de abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que únicamente puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan terminará automáticamente con mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Ultimate Health Plans debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Ultimate Health Plans. Los beneficios y servicios ofrecidos por

Ultimate Health Plans e incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Ultimate Health Plans (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Ultimate Health Plans pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.

- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendí el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida.

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:

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Usted elige si responde estas preguntas. No se le puede negar la cobertura porque no lo completó.

1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponde.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español
<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
<input type="checkbox"/> Sí, cubano
<input type="checkbox"/> Elijo no responder |
|--|--|

2. ¿De qué raza es usted? Seleccione todo lo que corresponde.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Japonés
<input type="checkbox"/> Otros asiáticos
<input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Indio asiático
<input type="checkbox"/> Filipino
<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<input type="checkbox"/> Guamán o chamorro
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Elijo no responder |
|--|---|--|

3. Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:

- Español

4. Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible:

- Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Ultimate Health Plans llamando al 1-888-657-4170 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante algunas épocas del año podemos usar tecnologías alternativas para responder a su llamada los fines de semana y feriados federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

5. ¿Trabaja usted?

- Sí No

6. ¿Trabaja su cónyuge?

- Sí No

7. Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

APELLIDO DEL PCP:

NOMBRE DEL PCP:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL
PROVEEDOR:

LOCALIDAD ID

¿Es usted un paciente actual? Sí No

8. Quiero recibir el siguiente material por email. Seleccione uno o más.

- Comunicaciones del plan Aviso anual de cambios (ANOC) Información de marketing

DIRECCIÓN DE EMAIL:

