OMB No. 0938-1378 Expires:7/31/2024

ULTIMATE HEALTH PLANS

Cambio de plan/inscripción corta
Formulario de solicitud

NOMBRE DEL PLAN EN EL QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO:_____

NOMBRE: APELLIDO: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

NÚMERO DE MIEMBRO U L 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 $0

Me gustaría cambiar al plan escogido abajo. Entiendo que este plan tiene diferentes beneficios médicos y una prima de $0 por mes.

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)

Si usted quiere elegir un nuevo médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud. Escriba el nombre y apellido del PCP abajo. La elección de su nuevo PCP entrará en vigor en la misma fecha que su nuevo plan.

APELLIDO DEL PCP: NOMBRE DEL PCP:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR: LOCALIDAD ID

¿Es usted un paciente actual? ❒ Sí ❒ No

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.**
   - ❒ No, no soy de origen hispano, latino o español
   - ❒ Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
   - ❒ Sí, puertorriqueño
   - ❒ Sí, cubano
   - ❒ Sí, otro origen hispano, latino o español
   - ❒ **Elijo no responder**

2. **¿De qué raza es usted? Seleccione todo lo que corresponde.**
   - ❒ Indio americano o nativo de Alaska
   - ❒ Indio asiático
   - ❒ Negro o afroamericano
   - ❒ Chino
   - ❒ Filipino
   - ❒ Guamán o chamorro
   - ❒ Japonés
   - ❒ Coreano
   - ❒ Nativo de Hawái
   - ❒ Otros asiáticos
   - ❒ De otras islas del Pacífico
   - ❒ Samoano
   - ❒ Vietnamita
   - ❒ Blanco
   - ❒ **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. **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:

Responda estas preguntas importantes:

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

2. 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:

La prima de su plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo o con tarjeta de crédito todos los meses. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática en su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. Si se le asigna una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Será responsable del pago de esta otra cantidad sumada a la prima de su plan. Pueden retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o pueden facturarle directamente Medicare o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. NO pague el ajuste Part D-IRMAA a los Ultimate Health Plans.
Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período de interrupción de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda

adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede pedir ayuda adicional en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.
Si usted califica para recibir la ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan por este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

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

Seleccione una opción de pago de primas:

- ❒ **Recibir 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 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, debe firmar 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:_____