



Formulario de solicitud de inscripción individual a un plan Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen unirse a un Plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare parte A (seguro hospitalario)
- Medicare parte B (Seguro médico)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para una cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores a la obtención de Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones donde se le permite unirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué requiero para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los apartados en la sección 1. Los apartados en la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (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. Puede optar por inscribirse para que sus pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del seguro social (o la junta de retiro ferroviario).

¿Qué ocurre a continuación?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Correo: Ultimate Health Plans

PO Box 3459

Spring Hill, FL 34611

Fax: 352-515-5969

Una vez procesada su solicitud para unirse, será contactado.

¿Cómo puedo obtener 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 a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas en situación de calle

- Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, puede considerarse como dirección de residencia permanente un apartado de correo, dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social).

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo estimado para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún apartado con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liberación de Informes PRA. Cualquier elemento que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.



Proporcione la siguiente información para inscribirse en Ultimate Health Plans

Sección 1 – Los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se marque como opcional)

Seleccione el plan al que desea unirse (todos los planes tienen una prima mensual de \$0):

Condado de Citrus

- 001 Premier por Ultimate (HMO)
- 021 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 023 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condados de Hernando y Pasco

- 001 Premier por Ultimate (HMO)
- 021 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 025 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condados de Hillsborough y Pinellas

- 045 Premier por Ultimate (HMO)
- 025 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 026 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condados de Indian River y St. Lucie

- 001 Premier por Ultimate (HMO)
- 023 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 033 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condados de Lake, Marion, y Sumter

- 028 Premier por Ultimate (HMO)
- 023 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 029 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condados de Manatee y Sarasota

- 047 Premier por Ultimate (HMO)
- 052 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 023 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condados de Orange, Osceola, y Seminole

- 046 Premier por Ultimate (HMO)
- 050 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 023 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

Condado de Polk

- 045 Premier por Ultimate (HMO)
- 051 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- 023 Advantage Care COPD por Ultimate (HMO C-SNP)
- 035 Advantage Plus por Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
- 036 Advantage Plus por Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

PRIMER NOMBRE:

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

APELLIDO:

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

I.S.N:

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

FECHA DE NACIMIENTO:

--	--	--	--

TELÉFONO:

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

SEXO:

M F

DIRECCIÓN PERMANENTE (No ingrese un apartado postal. Nota: Para personas en situación de calle, un apartado postal puede considerarse su dirección permanente):

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

CIUDAD:

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

EDO:

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

C. POSTAL:

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

CONDADO (Opcional):

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

DIRECCIÓN POSTAL (Si difiere de su Dirección Permanente – Se permite A. Postal):

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

CIUDAD:

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

EDO:

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

C. POSTAL:

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

