



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](https://www.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:

Responder estas preguntas es decisión suya. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

- 1. Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés:**

 Español

- 2. Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible:**

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de Audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Ultimate Health Plans al 1-888-657-4170 si requiere información en un formato accesible distinto a los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm. Durante determinadas épocas del año, podemos utilizar tecnologías alternativas para responder a sus llamadas los fines de semana y días festivos federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

- ### 3. ¿Trabaja?

☐ Si ☐ No

- #### 4. ¿Su conyuge trabaja?

☐ Si ☐ No

5. Escriba su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

APELLIDO DEL PCP:

[illegible]

NOMBRE DEL PCP:

[illegible]

ID DEL PROVEEDOR:

[illegible]

ID DE LOCACIÓN:

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

¿Es paciente vigente? ☐ Si ☐ No

- 6. Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.**

☐ Comunicaciones del plan ☐ Notificación anual de cambios(ANOC) ☐ Información publicitaria

CORREO ELECTRÓNICO:

[illegible]

Pago de sus primas del plan

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o con tarjeta de crédito cada mes. **También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su beneficio del seguro social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.** Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. No pague a Ultimate Health Plans la parte D-IRMAA.

Para individuos que están ayudando al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si usted es un particular (es decir, agentes, corredores, asesores del SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

PRIMER NOMBRE:

[illegible]

RELACIÓN CON EL AFILIADO

[illegible]

APELLIDO:

[illegible]

I.S.N:

□

FIRMA:

ÚNICAMENTE AGENTES/CORREDORES:

UCAIN:

[illegible]

No. Nacional de productor:

[illegible]

Únicamente para uso interno:

FECHA EFECTIVA DE COBERTURA:

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FECHA DE RECEPCIÓN DEL PLAN:

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TIPO DE ELECCIÓN: ☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ SEP

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- ☐ Formulario de alcance de la cita ***Requerido para inscripciones asistidas por un agente**
- ☐ Formulario de atestación de elegibilidad ***Requerido para todas las inscripciones excepto AEP**
- ☐ Formulario de precalificación SNP Crónico ***Requerido para inscripciones C-SNP**
- ☐ Otro: _____

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en los Planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en el plan.