OMB No. 0938-1378 Expires: 6/30/2026

ULTIMATE HEALTH PLANS

Formulario de cambio de plan/versión corta de solicitud de inscripción

NOMBRE DEL PLAN AL QUE SE INSCRIBE: _____

APELLIDO: PRIMER NOMBRE: I.S.N:

No. MIEMBRO: U L TELÉFONO: ( ) —

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

CIUDAD: ESTADO: C. POSTAL:

CONDADO *(Opcional)*:

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

CIUDAD: ESTADO: C. POSTAL:

Complete lo siguiente:
Actualmente estoy afiliado al plan _____ de Ultimate con una prima mensual de $0.
Me gustaría cambiar al plan seleccionado a continuación. Entiendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y 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)

Si desea elegir un nuevo médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud. Indique a continuación el nombre y apellidos del PCP. Su nuevo PCP entrará en vigor en la misma fecha que su nuevo plan.

APELLIDO DEL PCP: NOMBRE DEL PCP:

ID DEL PROVEEDO: – ID DE LOCACIÓN

¿Es paciente vigente? ❒ Si ❒ No

Los campos en esta sección son opcionales

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. **Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.**
   ❒ Comunicaciones del plan ❒ Notificación anual de cambios (ANOC) ❒ Información publicitaria

CORREO ELECTRÓNICO:

Responda estas preguntas importantes:

1. Responder únicamente para los planes C-SNP (021, 023, 025, 026, 029, 033, 050, 051, 052):
   ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones: Enfermedad Cardiovascular (CVD), Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF), Trastorno Pulmonar Crónico/COPD, Diabetes Mellitus (DM)? ❒ Si ❒ No
   Si su respuesta es "sí", complete también el Formulario de precalificación para el plan de necesidades especiales crónicas (C-SNP).

2. Responder únicamente para planes D-SNP (035, 036):
   ¿Actualmente está inscrito de forma active en el programa de Medicaid del Estado de Florida? ❒ Si ❒ No
   Si su respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid Florida:

La prima de su plan

Si determinamos que debe una penalización por inscripción tardía (o si actualmente tiene una penalización por inscripción tardía), requerimos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo o con tarjeta de crédito cada mes. También puede pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del seguro social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) de forma mensual. Si se le evalúa un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos para la Parte D (Part D-IRMAA), se le notificará por medio de la administración del seguro social.
Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Este monto se le deducirá de su cheque de beneficios del seguro social o se le facturará directamente por Medicare o la RRB. NO pague la Parte D- IRMAA a Ultimate Health Plans.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener ayuda adicional para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califican no tendrán un período sin cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del seguro social, o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help. Si califica para la ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan para este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

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

Seleccione una opción de pago para la prima:

- ❒ **Recibir una factura**
- ❒ **Deducción automática de mi cheque mensual de seguridad social**
- ❒ **Deducción automática de mi cheque mensual de prestaciones RRB**

(La deducción del seguro social puede tardar dos meses o más en comenzar, una vez que el seguro social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el seguro social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva 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 en papel por sus primas mensuales.)

Lea y firme a continuacion:

Ultimate Health Plans es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.
Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Ultimate Health Plans, él/ella puede recibir un pago basado en mi inscripción en Ultimate Health Plans.
Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que Ultimate Health Plans divulgará mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, que puede divulgarla para investigaciones y otros fines que cumplan con todas las leyes y regulaciones federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, seré dado de baja del plan.Entiendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras estén fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Ultimate Health Plans, debo obtener toda mi atención médica de Ultimate Health Plans, excepto por servicios de emergencia o servicios urgentemente necesarios o servicios 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 (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscripción) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI Ultimate Health Plans PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del Estado donde resido) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible si Medicare la solicita.

FECHA DE HOY:

FIRMA: _____ MM/DD/YYYY

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

PRIMER NOMBRE: APELLIDO: I.S.N:

DIRECCIÓN:

RELACIÓN CON EL AFILIADO: TELEFONO: ( ) —

Por favor envíe este formulario completo a Ultimate Health Plans Enrollment, PO Box 3459, Spring Hill, FL 34611 O **por fax a:** 352-515-5969

Para individuos que están ayudando al afiliado a completar este formulario únicamente

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:

APELLIDO:

I.S.N:

RELACIÓN CON EL AFILIADO:

FIRMA:

ÚNICAMENTE AGENTES/CORREDORES:

UCAIN:

No. Nacional de productor:

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: _____