



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

NOMBRE DEL PLAN AL QUE SE INSCRIBE: _____

APELLIDO:

[illegible]

PRIMER NOMBRE:

[illegible]

I.S.N: _____

1

No. MIEMBRO:

U	L							
---	---	--	--	--	--	--	--	--

TELÉFONO:

$$\left(\begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} \right) \begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$

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

[illegible]

CIUDAD:

[illegible]

ESTADO: C. POSTAL:

--	--	--	--	--

CONDADO (*Opcional*):

[illegible]

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

[illegible]

CIUDAD:

[illegible]

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 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 Hernando y Pasco

- ☐ 001 Premier por Ultimate (HMO)
- ☐ 021 Advantage Care por Ultimate (HMO C-SNP)
- ☐ 053 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 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 Hillsborough y Pinellas

- ☐ 045 Premier por Ultimate (HMO)
- ☐ 053 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 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)

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)

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)

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: _____