



Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener los siguientes dos seguros:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los artículos de la Sección 2 son opcionales, no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si usted tiene algún comentario sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: Oficial de autorización de informes de LA PRA, Dirección interna C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte “¿Qué sucederá después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si usted quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 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. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Ultimate Health Plans
ATTN: Enrollment
1244 Mariner Boulevard
Spring Hill, FL 34609

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Ultimate Health Plans al 1-855-858-7526. 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 1-855-858-7526 (TTY 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y marque 2 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente a su dirección permanente, se permite el apartado de correos):

Grid for mailing address

CIUDAD:

Grid for city name

ESTADO:

Grid for state

CÓDIGO POSTAL:

Grid for zip code

OMB N.º 0938-1378 Vence: 7/31/2023

Su información de Medicare:

NÚMERO DE MEDICARE:

Grid for Medicare number

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Ultimate Health Plans?

Yes/No checkboxes

NOMBRE DE OTRA COBERTURA:

Grid for other coverage name

NÚMERO DEL MIEMBRO DE ESTA COBERTURA:

Grid for member number

NÚMERO DE GRUPO PARA ESTA COBERTURA:

Grid for group number

2. Responda solo para planes C-SNP (019, 021, 022, 023, 024, 025, 026, 027, 029, 030, 033, 034):

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones: diabetes, enfermedad cardiovascular (Cardiovascular Disease, CVD), insuficiencia cardíaca crónica (Chronic Heart Failure, CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)

Yes/No checkboxes

En caso afirmativo, complete también el Formulario de calificación previa del Plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP).

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo conservar el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Ultimate Health Plans.
Al inscribirme en este Plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage, reconozco que Ultimate Health Plans compartirá mi información con Medicare...
Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
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 generalmente 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 mi cobertura de Ultimate Health Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Ultimate Health Plans.
Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendí el contenido de esta solicitud.
1. esta 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:

Signature line

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)

Grid for date

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

NOMBRE:

Grid for name

APELLIDO:

Grid for last name

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

Grid for second name initial

DIRECCIÓN:

Grid for address

RELACIÓN CON LA PERSONA INSCRITA:

Grid for relationship

NÚMERO DE TELÉFONO:

Grid for phone number

