

Solicitud de Inscripción 2026

☐ UHC MedicareMax Dual Complete FL-Y6 (HMO-POS D-SNP) H5420-016-000

Datos del miembro (escriba a máqui	na o en letra	de molde c	on tinta negra o	azul)
Apellido	Nombre		Inicial del segur	ndo nombre
		T		
Fecha de nacimiento		Sexo □	Masculino □ Fe	emenino
N.º de teléfono residencial ()	_	N.º de tel	éfono móvil () –
Puede mantenerse al día con su plan	y su salud co	n llamadas	oportunas y útile	
☐ Marque esta casilla para autorizar	la recepción o	de llamadas	s mediante marca	ación automática/
tecnología de voz artificial o pregraba	•			•
N.º del Seguro Social (requerido para	las personas	que se ins	criben en planes	D-SNP
[con elegibilidad doble]):	-			
N.º de Medicare				
Dirección de residencia permanente (No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente)				
Ciudad Cor	ndado		Estado	Código postal
Dirección postal (Solo si es distinta a	a la dirección	permaner	nte. Puede ser u	_∖ na casilla de
correo.)		•		
Ciudad			Estado	
Divocción de couves electrónics				postal
Dirección de correo electronico				
¿Tiene otro seguro que cubrirá sus	medicament	os con rec	eta?	□ Sí □ No
(Por ejemplo: Otro seguro privado, Ti	RICARE, cobe	ertura de er	npleados federal	es, beneficios para
Veteranos o programas estatales.)				
Nombre del miembro				
Dirección postal (Solo si es distinta a correo.) Ciudad Dirección de correo electrónico ¿Tiene otro seguro que cubrirá sus (Por ejemplo: Otro seguro privado, Ti Veteranos o programas estatales.) Nombre del miembro	medicament	os con rec	Estado Te. Puede ser u Estado eta? mpleados federal	Código postal na casilla de Código postal Dí Dí No es, beneficios para

\sim	11.7	,	•			
SI	respondio	SI.	proporcione	IOS	SIGNIENTES	datos.
O.	respondie	JI,	propordione	100	Siguicritos	aatos.

No	ombre del otro seguro			
N.	º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
	esponder a estas pregunta sponderlas.	as es su decisión. No s	e le denegará cob	
<u>;</u> (Qué métodos de pago	desea usar?		
ad de Ta Fo	usted tiene una prima mer leude), puede pagar la prin el Seguro Social o de la Jur ambién puede pagar desde ondos (Electronic Funds Tra no elige un método de pag	na mediante la deducció ta de Retiro Ferroviario una cuenta bancaria a ansfer, EFT)*.	on automática de si (Railroad Retireme través de una Trans	u cheque de beneficios ent Board, RRB) cada mes sferencia Electrónica de
Si Re	usted debe pagar el Ajuste elated Monthly Adjustment iviará una carta y le pregun	Amount, Part D-IRMAA) tará cómo desea pagarl	, el Seguro Social (•
	☐ Con el cheque del Se			
	☐ Factura de parte de M☐ Factura de la Junta de		5 \	
		Retiro Ferroviario (RRE	o)	
	9		orio (DDD)	
	. age correct or que are a		ano (RRB)	
	9			
	Tipo de cuenta ☐ Cheq			
	Nombre del titular de la			
	N.º de ruta bancaria/_			
las nu	N.º de cuenta bancaria_ los miembros inscritos en e s siguientes condiciones: N levos cargos desde mi cue troactivos actuales más la p	el programa de Transfer li banco puede pagar a nta bancaria, que puede	encia Electrónica c UnitedHealthcare I en incluir hasta \$20	nsurance Company los 0.00 de los cargos
NI a :	mbro dal miambro			
ioni 10N	mbre del miembro mbre/N.º de ID del agente			
VNN	66 FEMA 2026 C SP			PNFI 26HP0322675 000

Transferencia Electrónica de Fondos, comunicaré esta decisión tanto a UHC como a mi banco. Entiendo que podría llevar de 1 a 2 meses procesar el cambio.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan

1. ¿Qué idioma o formato accesible prefiere para	recibir información del plan	en el futuro?			
☐ Inglés ☐ Español					
☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro					
Si no aparece el idioma o formato que desea, llán TTY 711 , de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días recibir ayuda por Internet. Si no elige ninguna opinglés.	de la semana. O visite PCNh	ealth.com para			
2. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medica	aid?	□ Sí □ No			
Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid:					
3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ N	10				
¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que (Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleado Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios por Sí No Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:	or, cobertura del Seguro por D Accidentes Laborales, Seguro	Discapacidad a			
Nombre de la compañía de seguros de salud					
N.º de miembro					
4. Proporcione el nombre de su proveedor de cuic clínica o centro de salud. Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en e		provider, PCP),			
Nombre completo del proveedor/proveedor de cuid	lado primario				
N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactamo aparece en el sitio web o en Proveedores. Es un número dígitos. No incluya guiones.)	el Directorio de de 10 a 12			
¿Está consultando o ha consultado recientemente a	ese proveedor?	□ Sí □ No			
Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente					
VOORS FEMA 2028 C.S.P.		HP0322675 000			

Lea y firme

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

	Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a
	menos que la pague Medicaid o un tercero. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
	Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento
	"Evidencia de Cobertura" de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
	Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings
	Account, MSA) de Medicare).
	Divulgación de información: Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
	Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
	La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
	Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.
\l f	irmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud
a le	irmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a ey estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por

Α

S tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de

Nombre del miembro	
Nombre/N.º de ID del agente	
Y0066_EFMA_2026_C SP	PNFL26HP0322675_000

UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma dei solicitante/miembro/representante autorizado	Fecha de noy

Si usted es el representante autorizado, financia (* No un Agente de Ventas)	firme a	rriba y llene los si	guientes	
Apellidos		Nombre		
Dirección				
Ciudad	Estad	0	Código postal	
N.º de teléfono () –	Relación con el solicitante			
Para las Personas que ayudan al miembr	o a llen	ar este formulario	únicamente	
Llene esta sección si usted es una persona (es de Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [Stat familiares u otros terceros) que ayuda a un miemb	e Health	Insurance Assistance	. •	
Nombre Relación con el miem		n con el miembro		
Número de Proveedor Nacional (agente agentes de seguros únicamente)		,		
Para uso exclusivo de la agencia/del Rep	resent	ante de Ventas co	n Licencia	
ID del sistema/representante de ventas con licenc	ia	Fecha de recepció	on inicial	
Nombre del agente/representante de ventas con licence		Fecha de vigencia propuesta		
Nombre del grupo del empleador		•		
ID del grupo del empleador		ID de sucursal		
Para ser llenado por el agente de ventas				
Nombre del miembro				
Nombre/N.º de ID del agente				
Y0066_EFMA_2026_C SP		PNFL	26HP0322675_000	

			Pagina 6 de 8		
☐ IEP (miembros de MA-PD)	☐ ICEP (miembros de MA)	☐ IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP)	☐ OEP (1 de enero a 31 de marzo)		
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	☐ SEP (cambio de residencia)	☐ SEP (pérdida de la cobertura de EGHP)		
☐ SEP (enfermedad crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	□ OEPI		
☐ SEP (razón del Período de Elección Especial)					
Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional) Fecha					

Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo postal o fax a:

UnitedHealthcare P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769 Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada hoja

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC MedicareMax Dual Complete FL-Y6 (HMO-POS D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

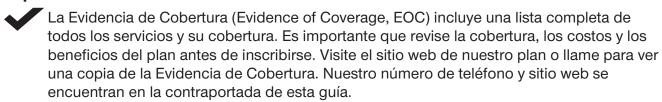
Preferred Care Network está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare.

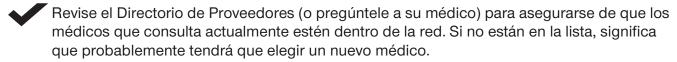
N.º de OMB 0938-1378 Vence: 12/31/2026 Y0066_EFMA_2026_C SP

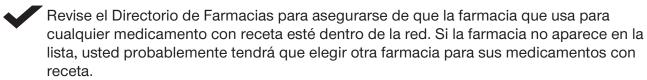
Lista de Verificación de Inscripción

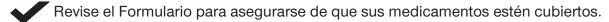
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

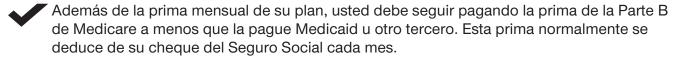


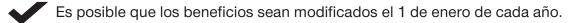


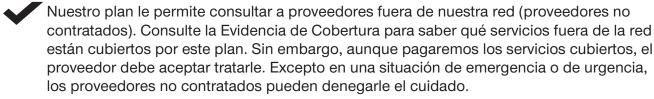




Explicación de reglas importantes







Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.



Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.