

Solicitud de Inscripción 2026

☐ UHC MedicareMax Dual Complete FL-D4 (HMO D-SNP) H5420-006-000

Datos del miembro (escriba a máq	uina o en letra o	de molde co	on tinta negra o az	zul)
Apellido	Nombre		Inicial del seguno	do nombre
Fecha de nacimiento		Sexo □ N	⁄lasculino □ Fer	menino
N.º de teléfono residencial ()	_	N.º de telé	fono móvil () —
Puede mantenerse al día con su pla	n y su salud co	n Ilamadas	oportunas y útiles	S.
☐ Marque esta casilla para autoriza tecnología de voz artificial o pregrab	•			•
N.º del Seguro Social (requerido pa	ra las personas	que se insc	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	ondado		Estado	Código postal
Dirección postal (Solo si es distinta	a la dirección	permanent	te. Puede ser una	a casilla de
correo.)				
Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico				
¿Tiene otro seguro que cubrirá su	s medicament	os con rece	eta?	□ Sí □ No
(Por ejemplo: Otro seguro privado, Veteranos o programas estatales.)				
Nombre del miembro				
Nombre/N.º de ID del agente Y0066 EFMA 2026 C SP			PNFL2	

Si respondió $\mathbf{s}\mathbf{\acute{i}}$, proporcione los siguientes datos:

Non	nbre del otro seguro			
N.º	de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN
				(opcional)
	ponder a estas preguntas e ponderlas.	es su decisión. No s	se le denegará cok	oertura si decide no
¿Qı	ué métodos de pago de	esea usar?		
ade del S Tam Fon Si n	sted tiene una prima mensua ude), puede pagar la prima r Seguro Social o de la Junta d abién puede pagar desde un dos (Electronic Funds Trans o elige un método de pago a	mediante la deduccio de Retiro Ferroviario a cuenta bancaria a fer, EFT)*.	ón automática de s (Railroad Retiremo través de una Trar	su cheque de beneficios ent Board, RRB) cada mes nsferencia Electrónica de
pos				
Rela envi	sted debe pagar el Ajuste Mated Monthly Adjustment Amará una carta y le preguntara	iount, Part D-IRMAA á cómo desea pagar), el Seguro Social	•
[Con el cheque del Segur			
	Factura de parte de Med			
	Factura de la Junta de Re	•	B)	
	Pago con el cheque del Seg	uro Social		
	Pago con el cheque de la Ju	ınta de Retiro Ferrov	iario (RRB)	
	Pago directamente desde ur	na cuenta bancaria		
	Tipo de cuenta ☐ Cheques	s □ Ahorros		
	Nombre del titular de la cue	nta:		
	N.º de ruta bancaria//	_/_/_/_/_/_/_/		
	N.º de cuenta bancaria/_		_//_	
las s	s miembros inscritos en el p siguientes condiciones: Mi b vos cargos desde mi cuenta pactivos actuales más la prin	anco puede pagar a bancaria, que pued	UnitedHealthcare en incluir hasta \$20	Insurance Company los 00.00 de los cargos
Nom	bre del miembro			
	bre/N.º de ID del agente 5_EFMA_2026_C SP			PNFL26HM0322672_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 e	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	•		
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 el		provider, PCP),		
Nombre completo del proveedor/proveedor de cuid	lado primario			
N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactame 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		
Nambra dal miambra				
Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente				
/0066 FEMA 2026 C SP				

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	PNFL26HM0322672_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, firme arriba y llene los siguientes Datos (*No un Agente de Ventas)				
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 miembro			
Firma	Número de Proveedor Nacional (agentes/ 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 licencia		Fecha de recepción inicial		
Nombre del agente/representante de ventas con licencia		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		PNFL2	26HM0322672_000	

			Pagina 6 de 7	
☐ 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-D4 (HMO 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.

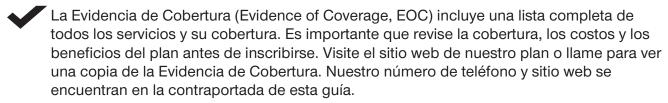
Preferred Care Network está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación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

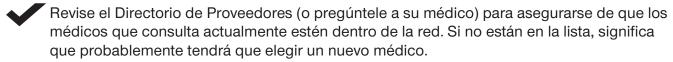
N.º de OMB 0938-1378 Vence: 12/31/2026 Y0066_EFMA_2026_C SP

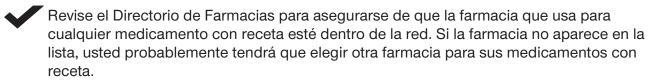
Lista de Verificación de Inscripción

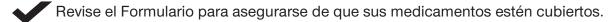
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

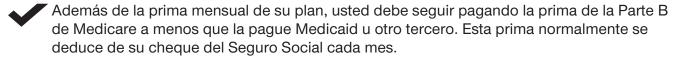








Explicación de reglas importantes



- Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.
- Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- 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.