

Solicitud de Inscripción 2026

☐ UHC MedicareMax Medicare Advantage FL-0029 (HMO) H5420-003-000

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)						
Apellido	Nombre		Inicial del segun	do nombre		
Fecha de nacimiento	Sexo □ Ma		Masculino 🗆 Fei	asculino Femenino		
N.º de teléfono residencial ()	residencial () – N.º de teléfo) —		
Puede mantenerse al día con su plan y su salud con llamadas oportunas y útiles.						
☐ Marque esta casilla para autorizar la recepción de llamadas mediante marcación automática/ tecnología de voz artificial o pregrabada. Puede cambiar su preferencia en cualquier momento.						
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	Condado		Estado	Código postal		
Dirección postal (Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)						
Ciudad			Estado	Código postal		
Dirección de correo electrónico			·			
¿Tiene otro seguro que cubrirá sus	medicament	os con rec	eta?	□ Sí □ No		
(Por ejemplo: Otro seguro privado, T Veteranos o programas estatales.)	RICARE, cobe	ertura de en	npleados federale	es, beneficios para		
Si respondió sí, proporcione los sigu	ientes datos:					
Nombre del otro seguro						
Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente				26HM0323671 000		

			Página 2 de 7
N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.			
¿Qué métodos de pago de	esea usar?		
Si usted tiene una prima mensu adeude), puede pagar la prima del Seguro Social o de la Junta También puede pagar desde un Fondos (Electronic Funds Trans	mediante la deducción de Retiro Ferroviario (R na cuenta bancaria a tra sfer, EFT)*.	automática de su che ailroad Retirement Bo vés de una Transfere	eque de beneficios oard, RRB) cada mes. ncia Electrónica de
Si no elige un método de pago a postal.	a continuación, recibirá	una factura cada me	s en su dirección
Si usted debe pagar el Ajuste M Related Monthly Adjustment An enviará una carta y le preguntar	nount, Part D-IRMAA), e á cómo desea pagarlo:	•	•
□ Con el cheque del Seguro Social			
☐ Factura de parte de Medicare			
□ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)			
☐ Pago con el cheque del Seguro Social			
☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)			
 □ Pago directamente desde una cuenta bancaria Tipo de cuenta □ Cheques □ Ahorros 			
Nombre del titular de la cuenta:			
N.º de ruta bancaria// N.º de cuenta bancaria/_		_/	
*Los miembros inscritos en el p las siguientes condiciones: Mi b nuevos cargos desde mi cuenta retroactivos actuales más la prir Transferencia Electrónica de Fo Entiendo que podría llevar de 1	panco puede pagar a Ur a bancaria, que pueden ma mensual. Si decido d andos, comunicaré esta	nitedHealthcare Insur incluir hasta \$200.00 dejar de realizar pago decisión tanto a UHC	ance Company los de los cargos es mediante
Su respuesta a las siguien	ntes preguntas nos	ayudará a admini	strar mejor el plan
Qué idioma o formato acce Inglés □ Español Braille □ Letra grande □ 0			plan en el futuro?

Nombre del miembro

Nombre/N.º de ID del agente _____

PNFL26HM0322671_000

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-723-6471**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **PCNhealth.com** para recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

2. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ N	lo	
¿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 Disc Accidentes Laborales, Seguro d	•
Nombre de la compañía de seguros de salud		
N.º de miembro		
3. 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 Nombre completo del proveedor/proveedor de cuid	el Directorio de Proveedores.	ovider, PCP),
(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)		Directorio de
¿Está consultando o ha consultado recientemente a	ese proveedor?	□ Sí □ No
Lea y firme		
Al Ilenar esta solicitud, acuerdo que: □ Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir paga menos que la pague Medicaid o un tercero. □ Entiendo que los beneficiarios de Medicare ger mientras están fuera del país, excepto por una estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de Estados Unidos. Consulte el Resumen de Bene	nndo la prima de la Parte B, de hanneralmente no están cubiertos percobertura limitada cerca de la fro emergencia y de urgencia fuera eficios para obtener más informa	aberla, a or Medicare ontera de los de los
Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente		

Y0066_EFMA_2026_C SP

	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.
Al 1	irmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud
Si f	rmo 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,
	la, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por
esc	rito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta
	citud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de
	tedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de
Uni	tedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.
Fir	na del solicitante/miembro/representante autorizado Fecha de hoy
01	
	usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes
Da	tos (*No un Agente de Ventas)
	bre del miembro
	bre/N.º de ID del agente
YUU6	S_EFMA_2026_C SP PNFL26HM0322671_000

Apellidos	pellidos		Nombre			
Dirección						
Ciudad		Estad	Estado		Código postal	
N.º de teléfono ()	-	Relac	Relación con el solicitante			
Para las Personas qu	ue ayudan al miem	bro a ller	nar este forn	nulari	o únicamente	
Llene esta sección si ust Estatal de Asistencia cor familiares u otros tercero	n el Seguro de Salud [S	tate Health	Insurance Ass	sistance	. •	
Nombre		Relació	ón con el miem	nbro		
Firma		1	Número de Proveedor Nacional (agentes/ agentes de seguros únicamente)			
Para uso exclusivo d	le la agencia/del R	epresent	ante de Ven	itas co	on Licencia	
ID del sistema/representante de ventas con licencia			Fecha de r	Fecha de recepción inicial		
Nombre del agente/representante de ventas con lice			Fecha de v	Fecha de vigencia propuesta		
Nombre del grupo del empleador						
ID del grupo del empleador			ID de sucursal			
Para ser llenado por el a	•					
☐ IEP (miembros de MA-PD)	☐ ICEP (miembros de MA)	MA-PD qu	A-PD que cumplen 31 de marzo) s requisitos para el		EP (1 de enero a e marzo)	
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	□ SEP (c	SEP (cambio de		EP (pérdida de la rtura de EGHP)	
☐ SEP (enfermedad crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	•	l AEP (15 de octubre □ C 7 de diciembre)		ΕΡΙ	
☐ SEP (razón del Período de Elección Especial)						
Nombre del miembro						
Nombre/N.º de ID del agente						
Y0066_EFMA_2026_C SP				PNFL2	26HM0322671_000	

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

UnitedHealthcare
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

Fax: 1-888-950-1170

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.

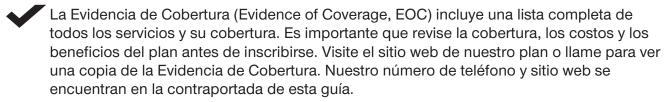
UHC MedicareMax Medicare Advantage FL-0029 (HMO) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con 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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

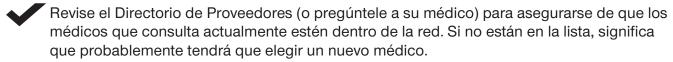
N.º de OMB 0938-1378 Vence: 12/31/2026 Y0066 EFMA 2026 C SP

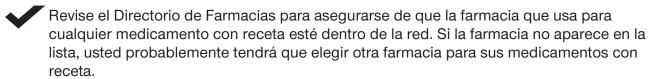
Lista de Verificación de Inscripción

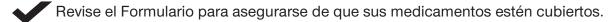
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

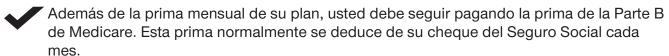








Explicación de reglas importantes



- 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.