



Visite nuestra página Web en: www.SecureHorizons.com

De UnitedHealthcare® Soluciones de Medicare

El plan SecureHorizons® MedicareDirect,™ un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage, es ofrecido por UnitedHealthcare Insurance Company, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare con el gobierno federal.

Un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage no funciona de la misma manera que los planes suplementarios de Medicare. Su médico u hospital puede continuar atendiéndole si acepta nuestros términos y condiciones de pago, por lo cual podría decidir no atenderle, excepto en casos de emergencia. Si su médico u hospital no aceptan nuestros términos y condiciones de pago, podrían decidir no brindarle servicios de atención médica, excepto en casos de emergencia. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones en nuestra página Web en: <http://www.SecureHorizons.com>.

H5435_090629RL04S_SH PFFS App

©2010 UnitedHealthcare Services, Inc.

SHEX10PF3186936_000



De UnitedHealthcare® Soluciones de Medicare

H5435_090629RL04S_SH PFFS App

©2010 UnitedHealthcare Services, Inc.

SHEX10PF3186936_000

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual y Declaraciones de Conformidad

Cuando esté listo para inscribirse:



Comuníquese con su agente local de ventas para que le ayude a elegir el mejor plan para usted y a completar este formulario de inscripción, o



Comuníquese con un agente de ventas de SecureHorizons® para que le ayude a inscribirse por teléfono. Número gratuito: **1-800-555-5757**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Usuarios TTY: llame al **711**.

Nota: Si no tiene a un agente para que le ayude a inscribirse, complete el formulario de inscripción, fírmelo y póngale la fecha, y envíe la copia de inscripción a: SecureHorizons, PO Box 29650, Hot Springs, AR 71903-9973.

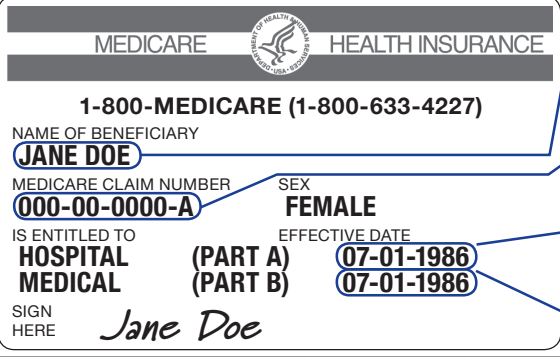
Comprendo que la persona que me está brindando información sobre las opciones del plan es un agente de ventas, un corredor o una persona empleada o contratada por UnitedHealthcare Services, Inc. Dicha persona puede recibir un pago por mi inscripción a un plan.

Si actualmente cuenta con cobertura de salud por parte de su empleador o sindicato, afiliarse a uno de nuestros planes puede afectar los beneficios de salud que recibe con su empleador o sindicato. Si se afilia a nuestro plan, usted o sus dependientes podrían perder por completo su otra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla. Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envían. Si tiene alguna pregunta, visite su página web o comuníquese con el departamento que figura en dichos comunicados. Si no encuentra información acerca de a quién contactar, el administrador de sus beneficios o el departamento que responde preguntas sobre su cobertura podrán ayudarlo.

Vaya a la página siguiente para inscribirse →



Formulario de Solicitud de Inscripción Individual

1. Información del Solicitante (Imprima o escriba en letra imprenta negra o azul.)			
Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento ____/____/____		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de teléfono particular ()		Número de teléfono del trabajo/celular (opcional) ()	
Dirección del domicilio permanente (no un apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal (Zip)	Condado
Dirección postal alternativa (sólo si es distinta a la dirección del domicilio permanente)			
Ciudad	Estado	Código postal (Zip)	
Dirección de correo electrónico (opcional)			
2. Información de Medicare			
Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección — 0 — Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.			
 <p>MEDICARE HEALTH INSURANCE 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) NAME OF BENEFICIARY: JANE DOE MEDICARE CLAIM NUMBER: 000-00-0000-A SEX: FEMALE IS ENTITLED TO: HOSPITAL (PART A) MEDICAL (PART B) EFFECTIVE DATE: 07-01-1986 SIGN HERE: <i>Jane Doe</i></p>		Nombre del Beneficiario (exactamente como aparece)	
		Número de petición de Medicare _____ Letra/s	
		Fecha de entrada en vigencia de la Parte A (Hospital) ____ / ____ / ____	
		Fecha de entrada en vigencia de la Parte B (Seguro médico) ____ / ____ / ____	
		<p>→ Usted debe contar con Medicare Parte A y Parte B para afiliarse a un plan Medicare Advantage tal como SecureHorizons® MedicareDirect.™</p>	
3. Sus opciones de pago (si aplica)			
<p>Si tiene una prima del plan Y/O determinamos que nos debe una penalidad por inscripción tardía, el monto puede ser debitado automáticamente de su cheque de beneficio del Seguro Social. El débito automático de su cheque mensual de beneficio del Seguro Social puede tardar dos o más meses en iniciarse. En la mayoría de los casos, el primer débito incluirá todas las primas debidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento de inicio de las retenciones. Si no elige esta opción, le suministraremos un talonario o puede inscribirse a la transferencia electrónica de fondos (EFT). Por lo general, debe continuar con la opción elegida durante el resto del año. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener ayuda adicional con el pago de sus costos en medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos en medicamentos incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, los que califiquen no estarán sujetos al vacío (gap) de cobertura o a la penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros sin saberlo. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local de Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede inscribirse para recibir ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si califica para obtener ayuda adicional para cubrir los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de su prima del plan. Si Medicare sólo paga una parte de esta prima, se le recomienda que escoja la opción del talonario o la de transferencia electrónica de fondos (EFT). A menos de que se especifique lo contrario, usted recibirá un talonario por el monto que Medicare no cubre. Si usted quisiera configurar la EFT, por favor incluya un cheque en blanco con la mención ANULADO (VOID) escrita al anverso.</p>			

En caso de haber una prima del plan y/o una penalidad por inscripción tardía, debitar el monto total de mi:
(Escoja sólo UN método de pago. Debe escribir sus iniciales junto a la selección. Si no menciona nada, recibirá un talonario.)

- Cheque mensual de beneficio del Seguro Social** _____ (Iniciales) **Talonario** _____ (Iniciales)
 Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes. _____ (Iniciales) Incluya un cheque **ANULADO (VOIDED)** O adjunte lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta _____ Número de routing del banco _____

Número de cuenta bancaria _____ Tipo de cuenta: Corriente Ahorros

4a. Selecciones del plan de beneficios — Elija solamente uno:

Planes privados de pago por servicio (PFFS) con beneficio médico y cobertura de medicamentos de la Parte D:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 51 (PFFS) | <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 58 (PFFS) |
| <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 53 (PFFS) | <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 59 (PFFS) |
| <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 55 (PFFS) | <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 60 (PFFS) |
| <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 56 (PFFS) | <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ RX Plan 150 (PFFS) |

Planes PFFS con beneficios médicos solamente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ Plan 1 (PFFS) | <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ Plan 3 (PFFS) |
| <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ Plan 2 (PFFS) | <input type="checkbox"/> SecureHorizons® MedicareDirect™ Plan 100 (PFFS) |

4b. Información de contrato — Consulte la portada del Resumen de Beneficios

Contrato/H # _____ PBP/Plan# _____

5. Lea y responda las siguientes preguntas importantes

¿Sufre de una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No

Si respondió "sí" y ya no necesita diálisis periódicamente, o ha tenido un trasplante de riñón exitoso, adjunte una nota o los registros (redactados por su médico) para demostrar que ya no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante de riñón exitoso. (Utilice el formulario 2728 si está disponible)

Si ha contestado "sí", ¿actualmente es miembro de una compañía para el cuidado de la salud? Sí No

Si ha contestado "sí", nombre de la compañía _____ I.D. # _____

¿Es usted residente en alguna institución (por ejemplo, en un centro de enfermería especializada o un hospital de rehabilitación)? Sí No

Si ha contestado "sí", nombre de la institución _____

Dirección de la institución _____ Ciudad/Estado _____

Número de teléfono de la institución (_____) _____ Fecha de su ingreso a la institución ____ / ____ / ____

¿Se encuentra inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si ha contestado "sí", anote su número de Medicaid _____

¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

¿Usted o su cónyuge poseen algún seguro de salud que no sea Medicare como por ejemplo, un seguro privado, un Seguro de accidentes de trabajo (Workers' Compensation) o beneficios de la Administración de Veteranos (VA)? Sí No

Si poseen otro seguro de salud, ¿qué tipo de seguro es? _____

¿Cuál es el nombre del seguro de salud? _____

Grupo# _____ I.D. # _____

¿Poseen alguna otra cobertura de medicamentos recetados como por ejemplo cobertura de un seguro privado, TRICARE, beneficios de la Administración de Veteranos (VA), un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal o Beneficios de Salud de Empleados Federales? Sí No

Nombre del otro plan de cobertura _____

I.D. para esa cobertura # _____

6. Información de contacto del proveedor

Antes de acceder a los servicios cubiertos, quisiéramos brindarle a su médico y hospital información sobre el plan SecureHorizons® MedicareDirect.™

Esta solicitud de información es completamente voluntaria y no tendrá ningún impacto sobre su inscripción al plan. Brindando esta información usted:

- Ayudará a su médico y hospital a comprender la cobertura del plan privado de pago por servicio de SecureHorizons® MedicareDirect.™
- Ayudará a garantizar que sus peticiones sean procesadas sin problemas, ya que sus proveedores tendrán la información y direcciones requeridas para el pago.

Complete el área a continuación con los nombres y números de teléfono de los médicos y hospital que habitualmente usted utiliza o que podría utilizar en el futuro. Si usted no tiene un médico/hospital, o no puede proveer la información solicitada, escriba "no disponible" en los espacios a continuación.

Médicos que utilizo habitualmente o que podría utilizar en el futuro:

Nombre del Médico _____ Teléfono (_____) _____ Ciudad/Estado _____

Nombre del Médico _____ Teléfono (_____) _____ Ciudad/Estado _____

Hospital de contacto:

Nombre del hospital _____ Teléfono (_____) _____ Ciudad/Estado _____

Nota: Este listado no lo limita a consultar solamente a esos proveedores. Usted puede utilizar cualquier médico elegible de Medicare y hospital certificado de Medicare o proveedor de atención médica que acepte los términos y condiciones de pago del plan SecureHorizons® MedicareDirect.™

7. Lea esta información importante

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en este formulario de solicitud significa que he leído, comprendo y acepto el contenido de este formulario de solicitud de inscripción, las Declaraciones de Conformidad y la Declaración de Conformidad Adicional (para el plan que he elegido) al reverso de este formulario.

Debe firmar y escribir la fecha en este formulario de solicitud de inscripción individual para que pueda ser procesado.

En caso de ser firmado por un representante autorizado del solicitante, esta firma certifica que la persona está autorizada bajo la ley estatal a completar este formulario de solicitud de inscripción y tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud en nombre del solicitante, y está autorizada a recibir información relacionada con el cuidado de la salud en su nombre, y la documentación de esta autoridad se encuentra disponible a pedido del plan o de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Notificaré al plan si se producen cambios en la autoridad para recibir información relacionada con el cuidado de la salud.

Firma del solicitante/ miembro/ representante autorizado

Fecha

____/____/____

Firma del individuo que ayudó a completar este formulario de solicitud y/o testigo

Fecha

____/____/____

Relación con el solicitante *(si usted lo ayudó a completar este formulario de solicitud)*

Si usted es el representante autorizado del solicitante, debe proporcionar los siguientes datos y firmar arriba.

Nombre

Relación con el solicitante

Dirección

Número de teléfono
()

Ciudad

Estado

Código postal (Zip)

Número de teléfono del trabajo/celular
()

8. Formatos Alternativos

En caso de estar disponible, prefiero recibir los documentos informativos en el siguiente formato:

Español Chino Letra Grande

Comuníquese con SecureHorizons® al 1-800-555-5757 si necesita información en un formato o idioma distinto a los anteriormente mencionados. Nuestros horarios de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Usuarios TTY deben llamar al 711.

9. Sólo para uso de la agencia/el representante de ventas		
I.D. del agente/miembro del personal de ventas	Fecha inicial de recepción	Periodo de elección: <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> ICEP <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> OEPI <input type="checkbox"/> OEPNEW <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> SEP _____ (SEP Reason Code)
Nombre del agente/miembro del personal de ventas	Fecha propuesta de entrada en vigencia	
Agencia	Número de teléfono del agente	
Firma		

Declaraciones de Conformidad

Al completar este formulario de solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- SecureHorizons® MedicareDirect™ es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo mantener mis Partes A y B de Medicare y continuar pagando las primas de la Parte B y, si aplica, las primas de la Parte A, en caso que ésta no sea pagada por Medicaid o un tercero. Sólo puedo pertenecer a un plan Medicare Advantage o a un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage a la vez. Al inscribirme a este plan, mi inscripción a cualquier otro plan Medicare Advantage del cual sea miembro será automáticamente suspendida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Si me inscribo a un plan Medicare Advantage (MA) que no incluye cobertura de medicamentos recetados de Medicare, podría inscribirme a un plan individual de medicamentos recetados de Medicare y mi inscripción al plan sólo Medicare Advantage no será automáticamente suspendida. Es mi responsabilidad informar al plan sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que posea o pueda obtener en el futuro. Para los planes sólo Medicare Advantage: Comprendo que si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o cobertura de medicamentos recetados acreditada (al menos de igual calidad que la de Medicare), podría tener que pagar una penalidad por inscripción tardía si me inscribo a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. La inscripción a este plan es generalmente por todo el año, a menos que apliquen períodos especiales de inscripción. Una vez inscrito, sólo puedo darme de baja de este plan o efectuar cambios en ciertas épocas del año durante alguno de los períodos de inscripción (Ejemplo: noviembre 15 a diciembre 31 de cada año), enviando una solicitud al plan o comunicándome al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); (las personas con discapacidad auditiva deben comunicarse al 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Comprendo que debo vivir en el área de servicio y que, si me mudo fuera de dicha área, debo notificar al plan sobre dicha mudanza. Comprendo que si me mudo de manera permanente fuera del área de servicio, los CMS exigen que el plan suspenda mi inscripción. Comprendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no reciben cobertura de Medicare al estar fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de las fronteras de los Estados Unidos.
- Comprendo que, como miembro de este plan, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios con los cuales no esté de acuerdo. Comprendo que quedará sujeto a los beneficios, copagos, exclusiones, limitaciones y otros términos del plan. Es mi responsabilidad leer la Evidencia de Cobertura cuando la reciba para saber qué reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage, así como los montos por los que seré responsable de pago bajo este plan.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, reconozco que el plan Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes mientras sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones para el cuidado de la salud. También reconozco que el plan divulgará mi información, incluso los datos de mis medicamentos recetados si aplica, a Medicare, quien podría divulgarlos para fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todos los estatutos y reglamentaciones federales aplicables. La información presente en este formulario de solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario de solicitud de inscripción, mi inscripción al plan podrá ser suspendida.

Declaraciones de Conformidad (continuación)

5. Comprendo que, si anteriormente poseía una cobertura de medicamentos recetados o un seguro que incluyera medicamentos, se me solicitará un comprobante para corroborar que mi cobertura de medicamentos recetados anterior era al menos de igual calidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare (cobertura de medicamentos recetados acreditada). Puedo enviar copias del comprobante con este formulario o puedo esperar hasta que me lo soliciten. No es necesario que envíe el comprobante para inscribirme. Sin embargo, si se me solicita el comprobante y no lo proporciono, mi prima podría aumentar debido a una penalidad por inscripción tardía. Para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía, puedo visitar www.medicare.gov o comunicarme al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227); (las personas con discapacidad auditiva deben llamar al 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
6. Comprendo que al inscribirme a un plan SecureHorizons® MedicareDirect,™ debo visitar los proveedores de atención médica que han aceptado los términos y condiciones del plan, para recibir los beneficios cubiertos. Comprendo que este plan no es un plan suplementario de Medicare. Es un plan privado de pago por servicio de SecureHorizons® MedicareDirect™ que no funciona de la misma manera que los planes suplementarios de Medicare. SecureHorizons® MedicareDirect™ paga en lugar de Medicare, y yo seré responsable de los montos que no cubre SecureHorizons® MedicareDirect,™ tales como copagos y coseguros. Original Medicare no pagará mi atención médica mientras esté inscrito a SecureHorizons® MedicareDirect.™
7. Servicios de orientación pueden estar disponibles en mi estado para brindarme asesoría acerca del seguro suplementario de Medicare u otras opciones de plan de Medicare Advantage o de medicamentos recetados, así como asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el programa de ahorros de Medicare.

Un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage no funciona de la misma manera que un plan suplementario de Medicare ni como otros planes Medicare Advantage. Su médico u hospital no tiene la obligación de aceptar los términos y condiciones del plan, por lo cual podrían decidir no atenderle, excepto en casos de emergencia. Antes de cada visita, usted debe verificar que su(s) proveedor(es) aceptará(n) el nombre del plan. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones en nuestra página Web en: www.SecureHorizons.com.

Una vez SecureHorizons® MedicareDirect™ haya recibido su formulario de inscripción, usted recibirá una llamada de un representante del plan. Esta llamada es para verificar que usted comprende cómo funciona un plan privado de pago por servicio y confirmar su intento de inscripción a SecureHorizons® MedicareDirect.™ Para poder verificar que estamos hablando con la persona correcta, empezaremos por verificar su fecha de nacimiento y/o dirección. Si SecureHorizons® MedicareDirect™ no logra comunicarse por teléfono con usted, recibirá por correo una carta con información similar. Apreciamos su participación en este cuestionario y le agradecemos de antemano cualquier retroalimentación que nos pueda brindar.

Advertencia de fraude: Cualquier persona que, con intención de cometer fraude o sabiendo que está facilitando el fraude contra una aseguradora, presente un formulario de solicitud de inscripción o una petición con declaraciones falsas o engañosas, ha cometido fraude contra el seguro. Cometer fraude contra el seguro puede conllevar a la suspensión de su inscripción o la denegación de beneficios, y puede comprometer al individuo por responsabilidad penal o civil.



SecureHorizons®
by UnitedHealthcare

Live Secure. Be Secure.™

Información Importante de Inscripción

Número de rastreo I-Enroll: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____

I.D. de Medicare: _____

Nombre del plan: _____

I.D. del agente de ventas: _____

Nombre del agente de ventas: _____

Número de teléfono del agente de ventas: _____

Esta copia certifica que usted se entrevistó con un agente que vende productos del grupo UnitedHealth. Cuando el grupo UnitedHealth reciba su aplicación, usted recibirá por correo una copia de su aplicación original en una a dos semanas. Esta copia es solamente para sus archivos.

POR FAVOR NO LA PRESENTE DE NUEVO.

Comuníquese con su agente de ventas si no recibe por correo una copia de su aplicación original en una a dos semanas.