





Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2025

☐ UHC Senior Care Options NHC M	-	-	6-001-000 H2226-003-000	
Esta solicitud es para personas que ti eligen inscribirse en UnitedHealthcare la Parte B de Medicare. Si usted tiene Original, tal vez aún cumpla los requis Options (SCO) y recibir todos sus ber programa UnitedHealthcare® SCO.	e® Senior Car MassHealth sitos para insc	e Options. Standard, cribirse en	Usted también debe tener la Parte A y pero no califica para Medicare nuestro plan MassHealth Senior Care	
Información sobre MassHealth	Standard ((Medicai	d)	
¿Está inscrito en el programa MassHealth? Sí No Escriba su número del programa MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta del programa MassHealth. Ese número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre. Número del programa MassHealth Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe tener los beneficios de MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en el programa MassHealth, llame al 1-888-834-3721 (TTY 1-800-497-4648 para personas con pérdida auditiva total o parcial).				
Datos del miembro (escriba a máqui	na o en letra o	de molde d	on tinta negra o azul)	
Datos del miembro (escriba a máqui Apellidos	na o en letra o Nombre	de molde d	on tinta negra o azul) Inicial del segundo nombre	
Apellidos		Sexo □	Inicial del segundo nombre	
Apellidos Fecha de nacimiento	Nombre — nitedHealthca	Sexo N.º de tel	Inicial del segundo nombre Masculino Femenino éfono móvil () – ompañías afiliadas me llamen al	
Apellidos Fecha de nacimiento N.º de teléfono residencial () Doy mi consentimiento para que U número de teléfono que he proporcio	Nombre — nitedHealthcanado utilizano	Sexo N.º de tel are o sus co do un siste	Inicial del segundo nombre Masculino	
Apellidos Fecha de nacimiento N.º de teléfono residencial () Doy mi consentimiento para que U número de teléfono que he proporcio pregrabada.	Nombre nitedHealthca	Sexo N.º de tel are o sus co do un siste s que se in	Inicial del segundo nombre Masculino □ Femenino éfono móvil () — ompañías afiliadas me llamen al ma de marcación automática o voz	

Nombre del centro de enfermer	ría especializada (si corre	sponde))	
N.º de Medicare				
Dirección de residencia permar personas sin hogar, una casill permanente)				
Ciudad	Condado		Estado	Código postal
Dirección postal (Solo si es dis	tinta a la dirección perm	anente	. Puede ser	una casilla de correo.)
Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	(opcional)			
¿Tiene otro seguro que cubrir	á sus medicamentos co	n receta	a?	□ Sí □ No
(Por ejemplo: Otro seguro priva Veteranos o programas estatale	do, TRICARE, cobertura			ales, beneficios para
Si respondió sí, proporcione los	s siguientes datos:			
Nombre del otro seguro				
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.				a si decide no
Su respuesta a las siguier	ntes preguntas nos a	yudará	a adminis	strar mejor el plan
1. ¿Desea recibir información	sobre el plan en otro idi	oma o e	en un format	to accesible?
Si prefiere recibir información opción: ☐ Inglés ☐ Chino [•			
Si no aparece el idioma o for TTY 711 , de 8 a.m. a 8 p.m., CommunityPlan para obtene	hora local, los 7 días de la		•	
2. ¿Es usted de origen hispane No, no soy de origen his Sí, mexicano, mexicoan	spano, latino o español	eccione	todo lo que	corresponda.
Nombre del miembro				
Nombre/N.º de ID del agente				
H2226_ERF_2025_C SP UHCSCO_ERF_H2226_2025			UHN	MA25HM0221998_001

Sí, puertorriqueño					
Sí, cubano Sí, de otro origen hispano, latino o español					
Prefiero no responder					
3. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo qu	e corresponda.				
Indoamericano o nativo de Alaska	Negro o afroamericano				
Asiático:	Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:				
Indoasiático	Guameño o chamorro				
Chino	Nativo de Hawaii				
Filipino	Samoano				
Japonés	De otra Isla del Pacífico				
Coreano					
Vietnamita	Blanco				
Otra raza asiática	Prefiero no responder				
¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de s (Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del er	mpleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo dentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de ☐ Sí ☐ No latos:				
N.º de miembro					
5. Proporcione el nombre de su proveedor clínica o centro de salud. Una lista se encuentra en el sitio web del pla	de cuidado primario (primary care provider, PCP), n o en el Directorio de Proveedores.				
Nombre completo del proveedor/proveedor Nombre del miembro					
Nombre completo del proveedor/proveedor Nombre del miembro Nombre/N.º de ID del agente	· 				
Nombre del miembro	· 				

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactar aparece en el sitio web o e Proveedores. Es un númer dígitos. No incluya guiones	n el Directorio de o de 10 a 12
¿Está consultando o ha consultado recientemente a	ese proveedor?	□ Sí □ No
Lea y firme		
Al llenar esta solicitud, acuerdo que:		
Esta organización de cuidado para adultos de plan Medicare Advantage que tiene un contrato SCO también tiene un contrato con Commonw MassHealth. No se trata de un Plan Compleme MassHealth Standard. Debo mantener la cobe médica (Parte B) para seguir inscrito en United la Parte B, de haberla, a menos que la pague M	o con el gobierno federal. Ur ealth of Massachusetts o el p ntario de Medicare. Debo ma rtura hospitalaria (Parte A) y Healthcare. Debo seguir pag	nitedHealthcare [®] programa antener mi plan de la cobertura
Como estoy inscrito en el programa MassHealt tengo un período de elección que califica. Deja UnitedHealthcare® SCO el primer día del mes punitedHealthcare® SCO cubre un área de servi fuera del área de servicio del plan UnitedHealth inscripción y buscar un nuevo plan en mi nuevo UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacuerd servicios, tengo derecho a apelarlas.	uré de estar cubierto por el p posterior al mes en que solic cio específica. Si tengo plan ncare® SCO, llamaré al plan la área. Una vez que sea mier	lan ite dejar el plan. eado mudarme para cancelar mi nbro del plan
 Entiendo que los beneficiarios de Medicare gen mientras están fuera del país, excepto por una Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de Estados Unidos. Consulte el Resumen de Bene 	cobertura limitada cerca de emergencia y de urgencia f	la frontera de los uera de los
Entiendo que cuando comience mi cobertura d beneficios médicos y de medicamentos con red servicios autorizados por UnitedHealthcare y co Cobertura" de UnitedHealthcare (también cond del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare r servicios que no están cubiertos.	e UnitedHealthcare, debo receta de UnitedHealthcare. Lo ontenidos en mi documento ocido como contrato del mier	ecibir todos mis os beneficios y "Evidencia de mbro o convenio
 Entiendo que solo puedo estar inscrito en un pla inscripción en este plan automáticamente ter MA (se aplican excepciones para los planes MA Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorr Account, MSA) de Medicare). 	rminará mi inscripción en cua A Privados de Tarifa por Sen	alquier otro plan vicio (Private
 Divulgación de información: Al inscribirme en el plan compartirá mi información con Medicare 		
Nombre del miembro		

egún sea
guii sea
ndo que si
rá mi inscripción
de mi empleador inscripción en adientes o yo recuperarla si me ni inscripción en usulte el sitio web iado. Si no hay la oficina que ado por la ley MassHealth que lo a largo plazo más información
esta solicitud
mar conforme a o (poder legal, omprobante por és de esta rjeta de ID de se encuentra en e la autorización
1
uientes
 HM0221998_001

UHCSCO_ERF_H2226_2025

Datos (*No un Agent	e de Ventas)					
Apellidos		Nombre	Nombre			
Dirección						
Ciudad		Estado		Código postal		
N.º de teléfono ()	-	Relació	Relación con el solicitante			
Para las Personas q	ue ayudan al miem	bro a llena	r este formu	lario únicamente		
Llene esta sección si ust Estatal de Asistencia cor familiares u otros tercero Nombre	n el Seguro de Salud [S	tate Health Ir mbro a llenar	nsurance Assist	tance Program, SHIP], o.		
-						
Firma	Número de Proveedor Nacional (age agentes de seguros únicamente)			, ,		
Para uso exclusivo d	de la agencia/del R	epresenta	nte de Venta	s con Licencia		
Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia ID del sistema/representante de ventas con licencia Fecha de recepción inicial						
Nombre del agente/repr	esentante de ventas co	n licencia	Fecha de vige	encia propuesta		
Para ser llenado por el	agente de ventas		·			
☐ IEP (miembros de MA-PD)	☐ ICEP (miembros de MA)	MA-PD que	☐ IEP (miembros de ☐ OEP (1 de ener MA-PD que cumplen de marzo) os requisitos para el 2.º IEP)			
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	□ SEP (car residencia)		□ SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)		
☐ SEP (condición crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	•	AEP (15 de octubre			
☐ SEP (razón del Períod	,)				
Firma del Representant	te de Ventas con licen	cia (opciona	l) Fecl	ha		
Nombre del miembro						
Nombre/N.º de ID del age H2226_ERF_2025_C SP	ente			 HMA25HM0221998_001		

UHCSCO_ERF_H2226_2025

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

UnitedHealthcare 1325 Boylston Street, 11th Floor Boston, MA 02215

Fax: 1-855-250-2168
Envíe por fax el frente y la parte 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 Senior Care Options MA-Y001 (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.

UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa Senior Care Options. UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-844-560-4944, TTY **711**, todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

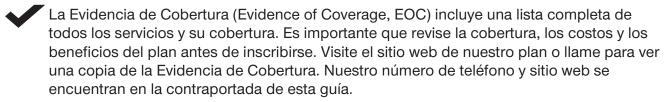
Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

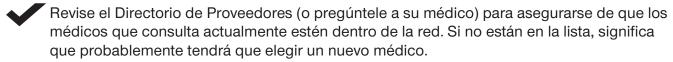
N.º de OMB 0938-1378 Vence: 6/30/2026 H2226_ERF_2025_C SP UHCSCO_ERF_H2226_2025

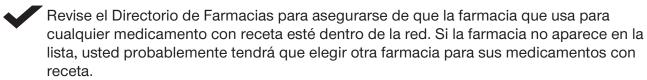
Lista de Verificación de Inscripción

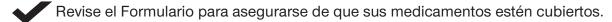
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

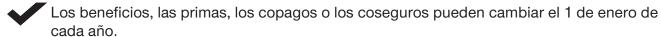


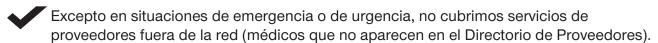


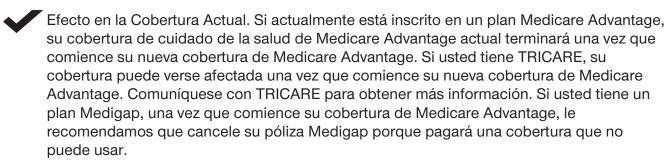




Explicación de reglas importantes









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. Para calificar, usted debe ser mayor de 65 años, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en MassHealth Standard. También podría necesitar vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse.