

**Seleccione la casilla que describa su caso:**

- Estoy inscrito en UCare Value Plus, UCare Standard, o UCare Essentials Rx y quiero agregar Choice Dental.
- Estoy inscrito en UCare Classic y quiero agregar Classic Choice Dental.
- Estoy inscrito en un Group UCare Medicare Plan y quiero agregar Classic Choice Dental.
- Estoy inscrito en EssentiaCare Secure o Grand y quiero agregar Choice Dental.

Mi número de identificación de miembro es:

**Información de la persona inscrita**

Número de Medicare (aparece en su tarjeta de Medicare):

Primer nombre:  Inicial del segundo nombre:

Apellido:

Número de teléfono:  -  -

**Divulgación de información:** Mediante mi inscripción en este plan dental, reconozco y acepto que el plan de salud de Medicare divulgue mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en este formulario de inscripción significa que leí y entendí la información contenida en este formulario de inscripción. Si el formulario está firmado por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada, según la ley estatal, para llenar esta inscripción; y 2) Los documentos de esta autoridad están disponibles en caso de que UCare o Medicare los solicite.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado o apoderado legal (Power of Attorney, POA), debe firmar arriba y proporcionar la información siguiente:

Nombre:  Relación con la persona inscrita:

Dirección:  Número de teléfono:  -  -

¿Usted es el POA de la persona inscrita?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿adjuntó su documentación de POA?  Sí  No

Si la respuesta es no, envíe una copia del acuerdo de POA u otro documento legal a:  
UCare Enrollment, P.O. Box 52, Minneapolis, MN 55440.  
Para responder a solicitudes futuras hechas por el POA, debemos tener el acuerdo de POA en el archivo.

**Enviar a UCare por correo:** UCare, Attn: Medicare Sales, P.O. Box 52, Minneapolis, MN 55440-9682

## **Aviso de no discriminación**

UCare cumple con las leyes de derechos civiles federales que corresponden y no discrimina por temas de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).