

ANEXO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los EE. UU.
- vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- dentro de los tres meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- en ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- su número de Medicare (el número que figura en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- su domicilio permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los ítems de la sección 1. Los ítems de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha información muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completado y firmado a:

Correo postal:

Clover Health
P.O. Box 21164
Eagan, MN 55121

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY 711).

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 TTY 1-877-486-2048).

En español: Llame a Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que no tienen hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, un domicilio de refugio, una clínica o el domicilio donde recibe el correo postal (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su domicilio de residencia permanente.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún ítem con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Todo ítem que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte «¿Qué sucede después?» en esta página para enviar el formulario completo al plan.

Clover Health

Formulario de inscripción para Pensilvania 2024

Sección 1: todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).			
Seleccione el plan en el que desea inscribirse:			
☐	038 Clover Health Choice (PPO): \$0 de prima por mes (condados de Bucks, Delaware y Filadelfia)		
Para inscribirse en Clover Health, proporcione la siguiente información:			
Nombre:		Apellido:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (opcional):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _ _ / _ _ / _ _ _ _			Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Número de teléfono principal:	☐ Línea fija ☐ Móvil (_ _ _ _) _ _ _ _ - _ _ _ _ _	Número de teléfono alternativo:	☐ Línea fija ☐ Móvil (_ _ _ _) _ _ _ _ - _ _ _ _ _
Al proveer su número móvil y optar por recibir comunicaciones de texto (se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos), autoriza a recibir información relacionada con su membresía de Clover Health a través de mensajes de texto (SMS). Los mensajes de texto pueden incluir, entre otros, la confirmación de envío de solicitudes, los materiales del plan de salud, la notificación de programas y servicios a los que puede acceder, los recordatorios de salud y las comunicaciones de marketing. Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra «STOP» (SUSPENDER) en respuesta a un mensaje de texto o contactando a Servicios al Miembro de Clover Health al 1-888-778-1478.			
Domicilio de residencia permanente (no ingresar un apartado postal):			
Ciudad:	Estado:	Condado (opcional):	Código postal:
Domicilio postal, si es distinto del domicilio permanente (Se permite un apartado postal):			
Ciudad:	Estado:	Condado (opcional):	Código postal:
Dirección de correo electrónico (opcional):			
Al proveer su dirección de correo electrónico, autoriza a recibir información relacionada con su membresía de Clover Health por correo electrónico. Los correos electrónicos pueden incluir, entre otros, la confirmación de envío de solicitudes, los materiales del plan de salud, la notificación de programas y servicios a los que puede acceder, los recordatorios de salud y las comunicaciones de marketing. Puede optar por dejar de recibir las comunicaciones por correo electrónico en cualquier momento haciendo clic en el enlace «UNSUBSCRIBE» (CANCELAR SUSCRIPCIÓN) dentro de cualquier mensaje de correo electrónico o contactando a Servicios al Miembro de Clover Health al 1-888-778-1478. También puede solicitar una copia impresa del material que Clover Health envíe por correo electrónico.			
Información sobre Medicare:			
Número de Medicare _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como Asuntos de Veteranos [VA], TRICARE) además de Clover Health? ☐ Sí ☐ No			
Nombre de la otra cobertura: _____ Núm. de miembro para esta cobertura: _____ Núm. de grupo para esta cobertura: _____			

Nombre: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

Al completar y presentar esta solicitud de inscripción para un plan Medicare Advantage de Clover, certifico/entiendo que:

- Solicito la inscripción en un plan Medicare Advantage de Clover Health.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender, y que si intencionalmente brindo información falsa, mi inscripción en el plan será cancelada.
- El plan que he elegido no es un plan complementario de Medicare (Medigap).
- Clover Health compartirá mi información con Medicare/los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar 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). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.
- Yo (o mi representante, cuando corresponda) revisé la prima del plan, los deducibles, los beneficios cubiertos, el copago/coseguro asociado y determiné que el plan seleccionado se ajusta a mis necesidades.
- He recibido/revisado el Resumen de beneficios del plan.
- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en un plan de Clover Health.
- Puedo estar inscrito en un solo plan Medicare Advantage (Parte C) a la vez; por lo tanto, la inscripción en este plan de Clover cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de Medicare Advantage (se aplican excepciones para el plan privado de pago por servicio [PFFS] o el plan de cuentas de ahorros médicos Medicare Advantage [MSA]).
- Mi plan de Clover proporcionará mi cobertura de salud o medicamentos con receta de Medicare, y usaré mi tarjeta de id. de Clover en lugar de mi tarjeta de Medicare cuando requiera servicios médicos o visite la farmacia.
- Comprendo que cuando mi cobertura del plan de Clover comienza, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Clover. Los beneficios y servicios brindados por Clover e incluidos en el documento «Evidencia de cobertura» de Clover (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Clover pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Los proveedores fuera de la red no están obligados por ley a aceptar a los miembros de Clover (excepto servicios de emergencia o de urgencia, o diálisis fuera del área).
- Todo subsidio federal o estatal que pueda tener o para el que pueda ser elegible no se determina ni se rige por Clover. Mi representante me ha informado sobre estos programas y me ha asistido con la inscripción (cuando corresponda).
- Mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (como se describe a continuación) firma la solicitud, esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible si Medicare la solicita.

FIRMA:

FECHA DE HOY:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Domicilio:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

Clover Health es una organización de proveedores preferidos (PPO) y una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Nombre: _____ Fecha: _____

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español. | ☐ Sí, soy mexicano, mexicanoestadounidense, chicano. |
| ☐ Sí, puertorriqueño. | ☐ Sí, cubano. |
| ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español. | ☐ Elijo no responder. |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| ☐ Indio estadounidense o nativo asiático de Alaska:
☐ Asiático Indio
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro asiático | ☐ De color o afroestadounidense
Nativo de Hawái u originario de una isla del Pacífico:
☐ Guamanio o chamorro
☐ Nativo de Hawái
☐ Samoano
☐ Originario de otra isla del Pacífico
☐ Blanco
☐ Elijo no responder. |
|---|---|

Marque la casilla si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- ☐ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- ☐ Braille ☐ Letras grandes ☐ CD de audio

Comuníquese con Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana*.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: _____

Domicilio

Número de teléfono:

(____)____-____

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

- ☐ Evidencia de cobertura (EOC) ☐ Directorio de proveedores ☐ Directorio de farmacias
☐ Formulario de medicamentos

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Pago de la prima del plan	
Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo postal o por «transferencia electrónica de fondos (EFT)» cada mes. También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes. Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. NO le pague a Clover el IRMAA de la Parte D.	
☐ Obtener una factura	☐ Administración del Seguro Social (SSA)
☐ Transferencia electrónica de fondos	
Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de ruta del banco: _____	
Número de cuenta bancaria: _____ Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros	

Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN), «Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)», sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.

* Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.

Sección 3			
Nombre del miembro del personal/agente/representante (si recibe asistencia en la inscripción):			
Número de id. del agente/representante:		Fecha de recepción:	
Id. del plan:		Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:	
Periodo de elección de cobertura inicial (ICEP)/ periodo de inscripción inicial (IEP):	Periodo de inscripción anual (AEP):	Periodo de inscripción especial (SEP): (tipo):	No elegible: