Clover Health

OMB N.º 0938-1378
Expira el 31 de julio del 2023

DOCUMENTO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA AFILIARSE A UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas que cuentan con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un ciudadano estadounidense o residir de manera legítima en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro Hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro Médico)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes períodos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener la cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de su primera afiliación a Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarse del que tiene

Visite 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 en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su domicilio fijo y su número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recuerde:

- Si desea afiliarse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura con la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzca el monto de sus pagos de primas de su cuenta bancaria o de su prestación mensual de beneficios del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completo y firmado a través de los siguientes medios:

Correo postal:
Clover Health
P.O. Box 2090
Jersey City, NJ 07303

Fax:
1-732-993-6650

Correo electrónico:
PO_Box_2090@cloverhealth.com

Una vez que procesemos la solicitud de inscripción, se comunicaremos con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY/TDD 711).
O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 TTY/TDD 1-877-486-2048).

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

Clover Health

Formulario de Inscripción de Georgia 2022

Sección 1: todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se describan como opcionales).

Marque el plan en el que desea inscribirse:	
☐	**026 Clover Health LiveHealthy (PPO)**: prima de $0 por mes (condados de Bryan, Bulloch, Chatham, Effingham y Liberty)
☐	**045 Clover Health LiveHealthy Value (PPO)**: prima de $32.40 por mes (condados de Bryan, Bulloch, Chatham, Effingham y Liberty)
☐	**046 Clover Health LiveHealthy (PPO)**: prima de $0 por mes (condados de Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Ben Hill, Berrien, Bleckley, Brantley, Brooks, Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Chattahoochee, Chattooga, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Echols, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Franklin, Forsyth, Fulton, Gilmer, Glascock, Grady, Greene, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jefferson, Jeff Davis, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Lee, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabin, Randolph, Richmond, Schley, Screven, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Wilcox, Wilkes, Wilkinson y Worth)
☐	**047 Clover Health LiveHealthy Value (PPO)**: prima de $32.40 por mes (condados de Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Ben Hill, Berrien, Bleckley, Brantley, Brooks, Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Chattahoochee, Chattooga, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Dougherty, Douglas, Echols, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Franklin, Forsyth, Fulton, Gilmer, Glascock, Grady, Greene, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jefferson, Jeff Davis, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Lee, Lincoln, Long, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabin, Randolph, Richmond, Schley, Screven, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Upson, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Wilcox, Wilkes, Wilkinson y Worth)
☐	**048 Clover Health LiveHealthy (PPO)**: prima de $0 por mes (condados de Bartow, Bibb, Cherokee, Cobb, Gwinnett, Henry, Paulding y Rockdale)
☐	**049 Clover Health LiveHealthy Value (PPO)**: prima de $32.40 por mes (condados de Bartow, Bibb, Cherokee, Cobb, Gwinnett, Henry, Paulding y Rockdale)

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 particular: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __		**Número de teléfono alternativo:** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	
Domicilio fijo (no ingrese casilla postal):			
Ciudad:	**Estado:**	**Condado** (opcional):	**Código postal:**
Dirección postal, si es diferente a su domicilio fijo (puede ingresar casilla postal):			
Ciudad:	**Estado:**	**Condado** (opcional):	**Código postal:**
Dirección de correo electrónico (opcional):			

Cuando proporciona su dirección de correo electrónico y su número de teléfono, brinda su consentimiento para recibir información de forma electrónica asociada a su membresía de Clover Health, (por ejemplo, información sobre beneficios), los programas y los servicios que se ofrecen (por ejemplo, materiales con información de salud, recordatorios), materiales de comercialización y otros mensajes (por ejemplo, boletines informativos y encuestas). Los mensajes relacionados con su membresía de Clover Health o su atención médica pueden incluir llamadas de marcación automática, mensajes de voz electrónicos o grabados previamente, además de mensajes de texto. Puede optar por no recibir estos mensajes en cualquier momento; con ese fin, haga clic en el enlace para cancelar la suscripción en cualquier mensaje de correo electrónico, comuníquese con Clover Health o responda STOP a un mensaje de texto. También puede solicitar una copia impresa de cualquier material que Clover Health le envíe de forma electrónica.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Su Información de Medicare
Número de Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __
Responda estas preguntas importantes.
¿Recibirá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Clover Health? ☐ Sí ☐ No **Nombre de la otra cobertura:** _____ **N.º de ID de esta cobertura:** _____ **N.º de grupo de esta cobertura:** _____

Importante: Lea y firme a continuación.

Mediante la completación de esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

- Debo conservar el seguro Hospitalario (Parte A) y el seguro Médico (Parte B) para permanecer en Clover Health.
- Con mi afiliación a este Plan Medicare Advantage, doy mi consentimiento para que Clover Health comparta mi información con Medicare, que puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales, las cuales autorizan la recopilación de esta información (consulte la declaración respecto a la Ley de Privacidad a continuación).
- Responder este formulario no es obligatorio. Sin embargo, si no se responden ciertas preguntas, el proceso de inscripción en el plan se puede ver perjudicado.
- A mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que, en general, las personas que cuentan con Medicare no están cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Clover Health, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta por parte de Clover Health. Los beneficios y los servicios que brinda Clover Health incluidos en el documento de Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Clover Health estarán cubiertos. Ni Medicare ni Clover Health pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (según lo descrito previamente), esta firma certifica que:
  1. la persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción; y
  2. la documentación de esta autoridad estará disponible cuando la solicite Medicare.

FIRMA:	**FECHA DE HOY:**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:	
Nombre:	**Dirección:**
Número de teléfono:	**Vínculo con el afiliado:**

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, del inglés Preferred Provider Organization) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Usted debe continuar pagando su 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 por no completarlas.

Seleccione la casilla si desea que le enviemos la información en un idioma que no sea inglés.
☐ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible para usted.
☐ Braille ☐ Letra Grande ☐ CD de Audio

Si necesita información en un formato accesible, diferente a los enumerados anteriormente, comuníquese con Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY/TDD 711). Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana*.

¿Cuenta con un trabajo? ☐ Sí ☐ No | **¿Su cónyuge cuenta con un trabajo?** ☐ Sí ☐ No

Indique el nombre de su médico de atención primaria (PCP, del inglés Primary Care Physician), su clínica o su centro de salud: _____

Nombre/Centro	Dirección	Número de teléfono
_____	_____	(_ _ _)_ _ _ - _ _ _ _

Quiero recibir los siguientes documentos por correo electrónico. Seleccione uno o más.
☐ Evidencia de Cobertura (EOC, del inglés Evidence of Coverage) ☐ Directorio de Proveedores
☐ Directorio de Farmacias ☐ Formulario

Dirección de correo electrónico: _____

Pautas para el Pago de la Prima de su Plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que pueda tener o deber actualmente) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, del inglés Electronic Funds Transfer) todos los meses. **También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su prestación de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, del inglés Railroad Retirement Board) todos los meses.**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D, del inglés Income Related Monthly Adjustment Amount), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, el monto se obtiene de la prestación de beneficios del Seguro Social, o también puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB).
NO pague el IRMAA de la Parte D a Clover.

☐ **Recibir una factura** | ☐ **SSA**

☐ **Transferencia Electrónica de Fondos**

Nombre del Titular de la Cuenta: _____ **Número de Ruta del Banco:** _____

Número de Cuenta Bancaria: _____ **Tipo de Cuenta:** ☐ **Cuenta Corriente** ☐ **De Ahorros**

Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, del inglés Centers for Medicare & Medicaid Services) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar información sobre la inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, del inglés System of Records Notice) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", sistema n.º 09-70-0588. Responder este formulario no es obligatorio. Sin embargo, si no se responden ciertas preguntas, el proceso de inscripción en el plan se puede ver perjudicado.

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

Nombre: _____ **Fecha:** _____

<table>
<tr><th colspan="4">Sección 3: Solo para Uso Interno:</th></tr>
<tr><td colspan="4">Nombre del Miembro del Personal/Agente/Representante (si le brindaron asistencia durante la inscripción):</td></tr>
<tr><td colspan="2">N.º de ID del Agente/Representante:</td><td colspan="2">Fecha de Recepción:</td></tr>
<tr><td colspan="2">ID del Plan:</td><td colspan="2">Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura:</td></tr>
<tr><td>Período de Elección de Cobertura Inicial (ICEP)/ Período de Inscripción Inicial (IEP):</td><td>Período de Inscripción Anual (AEP):</td><td>Período de Inscripción Especial (SEP) (tipo):</td><td>No Elegible:</td></tr>
</table>