

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

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas que cuentan con Medicare y 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 o cambiarse 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 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.

En conformidad con la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de documentación) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información excepto que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes y recopilar los datos necesarios, así como completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario en relación con la precisión de las estimaciones de tiempo, o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

Una vez que procesen la 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 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 asistirlo.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no cuenta con residencia permanente, puede utilizar una casilla postal, una dirección de refugio o clínica o la dirección donde recibe su correo postal (por ejemplo, cheques del seguro social) como su dirección de residencia permanente.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, entre otros) a la PRA Reports Clearance Office (Oficina de aprobación de informes de PRA). Se destruirán todos los documentos que recibamos que no estén relacionados con temas sobre cómo mejorar este formulario o sus tiempos de recopilación (como se describe en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Clover Health

Formulario de Inscripción de Alabama 2023

Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se describan como opcionales)							
Seleccione el plan al que desea inscribirse:							
052 Clover Health LiveHealthy (PPO): prima de \$0 por mes (Condados de Chambers, Cherokee, Clay, Cleburne, Macon, Randolph y Russell)							
053 Clover Health LiveHealthy Value (PPO): prima de \$35.20 por mes (Condados de Chambers, Cherokee, Clay, Cleburne, Macon, Randolph y Russell)							
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 de Teléfono Fija	Móvil	Número de Teléfono Alternativo:		Línea de Teléfono Fija	Móvil
Al proporcionar su número de teléfono celular y optar por recibir comunicaciones vía texto (es posible que se apliquen tarifas de mensajería y datos), acepta recibir información relacionada con su membresía en Clover Health a través de mensajes de texto (SMS). Los mensajes de texto pueden incluir, entre otros, la confirmación del envío de solicitudes, los materiales del plan de salud, la notificación de programas y servicios disponibles para usted, los recordatorios de salud y las comunicaciones de marketing. Puede dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" ("DETENER") en respuesta a un mensaje de texto o comunicándose con Servicios para los Miembros de Clover Health al 1-888-778-1478.							
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):							
Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir información relacionada con su membresía en Clover Health por correo electrónico. Los correos electrónicos pueden incluir, entre otros, la confirmación del envío de solicitudes, los materiales del plan de salud, la notificación de programas y servicios disponibles para usted, los recordatorios de salud y las comunicaciones de marketing. Puede dejar de recibir comunicaciones por correo electrónico en cualquier momento haciendo clic en el enlace que dice "UNSUBSCRIBE" ("CANCELAR SUSCRIPCIÓN") dentro de cualquier mensaje de correo electrónico o comunicándose con Servicios para los Miembros de Clover Health al 1-888-778-1478. También puede solicitar una copia impresa de cualquier material que Clover Health le envíe por correo electrónico.							

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:	Número de miembro para esta cobertura: N.º de grupo de esta cobertura:
_____	_____
IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:	
• Debo conservar el seguro Hospitalario (Parte A) y el seguro Médico (Parte B) para permanecer en Clover Health. • Con mi inscripción a este plan de Medicare Advantage, entiendo que Clover Health compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes Federales, las cuales autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se muestra a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no se responden ciertas preguntas, el proceso de inscripción en el plan se puede ver perjudicado. • Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan dará por terminada inmediatamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA). • 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. • 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 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) Esta 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 una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) 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

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

No, no soy de origen hispano, latino ni español	Sí, mexicano, mexicano-americano, 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 Americano o Nativo de Alaska	Indio asiático
Negro o Afroamericano	Chino
Filipino	Guameño o Chamorro
Japonés	Coreano
Nativo de Hawái	Otro Origen Asiático
Samoano	Blanco
Isleño del Pacífico	elijo no responder.
Vietnamita	

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 que se mencionaron anteriormente, comuníquese con Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY 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 (Primary Care Physician, PCP), su clínica o su centro de salud: _____

Dirección **Número de Teléfono**

Quiero recibir los siguientes documentos por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)	Directorio de Proveedores
Directorio de Farmacias	Formulario

Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

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 (Electronic Funds Transfer, EFT) 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 (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. NO DEBE pagar la Part D-IRMAA a Clover.

Recibir una factura

SSA

Transferencia Electrónica de Fondos

Nombre del Titular de la Cuenta: _____

Número de Ruta del Banco: _____

Tipo de Cuenta: Cuenta Corriente

Número de Cuenta Bancaria: _____

De Ahorros

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 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 (System of Records Notice, SORN) "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) durante los fines de semana y los días feriados.

Sección 3: Solo para Uso Interno:

Nombre del Miembro del Personal/Agente/Representante (si le brindaron asistencia durante la inscripción):

N.º de ID del Agente/Representante:

Fecha de Recepción:

ID del Plan:

Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura:

Período de Elección de Cobertura Inicial (ICEP)/
Período de Inscripción Inicial (IEP):

Período de Inscripción Anual (AEP):

Período de Inscripción Especial (SEP) (tipo):

No Elegible: