

Clover

Formulario de Inscripción 2020 para Texas

Comuníquese con Clover si necesita información
en otro idioma o formato (braille).

Marque el plan en el que desea inscribirse:			
<input type="checkbox"/>	025 Clover Health Choice (PPO) —Prima de \$0 por mes (condado de Bexar)		
<input type="checkbox"/>	005 Clover Health Classic (HMO) —Prima de \$0 por mes (condado de Bexar)		
<input type="checkbox"/>	035 Clover Health Choice (PPO) —Prima de \$0 por mes (condado de El Paso)		
<input type="checkbox"/>	008 Clover Health Classic (HMO) —Prima de \$0 por mes (condado de El Paso)		
Para inscribirse en Clover, proporcione la siguiente información:			
Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Apellido:
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de teléfono particular: (____)____-____		Número de teléfono alternativo: (____)____-____	
Dirección de residencia permanente (No se permite casilla de correo):			
Ciudad:	Estado:	Condado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Estado:	Condado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:			
<p>Al proporcionar su dirección de correo electrónico y número(s) de teléfono, usted acepta recibir información relacionada con su membresía con Clover (p. ej., información de beneficios), programas y servicios ofrecidos (p. ej., materiales de educación para la salud, recordatorios), marketing y otras comunicaciones (p. ej., boletines, encuestas) de forma electrónica. Las comunicaciones relacionadas con su membresía con Clover o atención médica pueden incluir llamadas automáticas, mensajes de voz pregrabados o electrónicos, o mensajes de texto. Usted puede optar por no recibir estas comunicaciones por estos medios en cualquier momento haciendo clic en el enlace "opt out" (excluir) en cualquier mensaje de correo electrónico, comunicándose con Clover o respondiendo STOP (SUSPENDER) en un mensaje de texto. También puede solicitar una copia impresa de cualquier material que Clover le envíe de forma electrónica.</p>			

Nombre: _____ Fecha: _____

Proporcione su información de seguro de Medicare:	
Utilice la información que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. • Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. - O - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario. Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage.	Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):
	Número de Medicare:
	Tiene derecho a: Servicios de hospitalización (Parte A) Fecha de entrada en vigencia: _____ Servicios médicos (Parte B) Fecha de entrada en vigencia: _____

Pautas para el pago de la prima de su plan:
<input type="checkbox"/> Usted se está inscribiendo en el plan Clover Health Choice (PPO), en el plan Clover Health Classic (HMO) o en el plan Clover Health Classic Plus (HMO) <u>sin</u> prima mensual: En caso de que determinemos que usted adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede realizar el pago por correo postal o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También puede elegir pagar su prima mediante el débito automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. Si se evalúa que corresponde aplicar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB lo facturarán directamente. <u>NO pague a Clover el IRMAA de la Parte D.</u>

Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará el total o parte de su prima del plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Nombre: _____ Fecha: _____

Seleccione una opción de pago de prima:

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Recibir una factura todos los meses.

Débito automático de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Es posible que el débito del Seguro Social/la RRB tarde dos o más meses en iniciarse una vez que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de débito automático, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las multas por inscripción tardía adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento del inicio de la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual de su cuenta bancaria.

Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de enrutamiento del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: De cheques De ahorro

Nombre: _____ Fecha: _____

Lea y responda estas preguntas importantes:				
1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? Si se ha sometido a un trasplante renal que ha sido exitoso o ya no necesita diálisis regular, adjunte una nota o registros de su médico que demuestren que se ha sometido a un trasplante renal que ha sido exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Recibirá otra cobertura para medicamentos con receta además de Clover? Es posible que algunas personas tengan una cobertura adicional de medicamentos con receta, incluidos otros seguros privados, TRICARE, los beneficios de salud para empleados federales, los beneficios para veteranos o los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Si la respuesta es "sí", enumere las otras coberturas y sus números de identificación (ID) correspondientes a esta cobertura.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre de la otra cobertura:				
N.º de ID de esta cobertura:		N.º de grupo de esta cobertura:		
3. ¿Reside usted en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre de la institución:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	N.º de teléfono:		
4. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Si la respuesta es "sí", indique su número de Medicaid:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Selección del médico
Seleccione el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> No tengo clínica, centro de salud o médico de atención primaria. <input type="checkbox"/> No lo sé.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de 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. Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare.

Nombre: _____ Fecha: _____

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente del inglés o en un formato accesible:

Escrito:

Inglés Español

Oral:

Inglés Español

Otro: _____

Braille

Grabación de audio

Letra grande

Comuníquese con Clover al 1-888-657-1207 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente del mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. (hora local), los 7 días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Lea esta información importante:

Si actualmente recibe cobertura médica de un empleador o sindicato, la inscripción en Clover podría afectar sus beneficios de salud del empleador o el sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o del sindicato si se inscribe en Clover. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figure en las comunicaciones. Si no hay suficiente información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre la cobertura podrán ayudarle.

Lea y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Clover es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage por vez, y comprendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre toda cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré abandonar este plan o realizar cambios en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (ejemplo: entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Nombre: _____ Fecha: _____

Clover presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Clover, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Clover, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cobertura de Clover cuando lo reciba para conocer qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare cuando salen del país, excepto en los casos de cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Para los planes HMO, comprendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Clover, debo recibir toda la atención médica de parte de Clover, excepto en el caso de servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Para los planes PPO, comprendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Clover, el uso de los servicios dentro de la red podrá costar menos que el uso de los servicios fuera de la red, excepto en el caso de servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. En caso de que sea médicamente necesario, Clover ofrece reembolsos para todos los beneficios cubiertos, incluso si obtengo servicios fuera de la red.

Los servicios autorizados por Clover y otros servicios incluidos en el documento de la Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Clover estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI CLOVER PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, un representante u otra persona empleada o contratada por Clover, es posible que esta persona reciba un pago en función de mi inscripción en Clover.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Clover divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También reconozco que Clover divulgará mi información (incluidos los datos de eventos relacionados con los medicamentos con receta) a Medicare, que podrá divulgarla con fines de investigación y con otros fines que cumplan con todos los estatutos y las reglamentaciones federales vigentes. 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 para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si el documento está firmado por una persona autorizada (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica que (1) esta persona está autorizada conforme a la ley estatal para completar esta inscripción, y que (2) la documentación de esta autoridad puede estar disponible cuando sea solicitado por Medicare.

FIRMA:

FECHA DE HOY:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el miembro:

Solo para uso interno:

Nombre del empleado/representante/agente (si lo asistió con la inscripción):

N.º de ID del agente/representante:

Fecha de recepción:

Identificación del plan:

Fecha de vigencia de la cobertura:

ICEP/IEP:

AEP:

SEP (tipo):

No es elegible:

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de ese período. Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla de la afirmación si sea aplicable en su caso.

Al marcar las siguientes casillas usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que la información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare. <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP). <input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Hace poco tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, cambió el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda Adicional recientemente, cambió el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura para medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia), vivo en uno de estos centros o me mudé de uno recientemente. Me mudé/me mudaré al/del centro (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Hace poco abandoné el programa PACE el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Dejaré/Perderé la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Participo de un programa de asistencia farmacéutica que proporciona mi estado. <input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan. <input type="checkbox"/> Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo seleccionar otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de reunir los requisitos para tener este plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia climática o desastre grave, según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Una de estas afirmaciones se aplica a mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural. |
|---|--|

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Clover al 1-877-618-8110 (TTY 711) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. (hora local), los 7 días de la semana. *Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.