

**DOCUMENTO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA AFILIARSE A UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O A UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE (PARTE D)****¿Quién puede utilizar este formulario?**

Las personas que cuentan con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta de Medicare

**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](http://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 actual 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 Railroad Retirement Board).

**¿Qué sucede después?**

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

**Por correo:**

Clover Health  
PO Box 2090  
Jersey City, NJ 07303

**Por fax:**

1-732-993-6650

**Por correo electrónico:**

[PO\\_Box\\_2090@cloverhealth.com](mailto:PO_Box_2090@cloverhealth.com)

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

**¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?**

Llame a Clover Health al 1-888-778-1478.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Clover Health al 1-888-778-1478, TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para obtener asistencia en español; un representante estará disponible para asistirle.

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 OMB (del inglés Office of Management and Budget, Oficina de gerencia y presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. 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, escríbanos a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**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.

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

<b>Marque el plan en el que desea inscribirse:</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>048 LiveHealthy: Clover Powered, Walmart Enhanced (PPO):</b> prima de \$0 por mes (condados de Bartow, Bibb, Cherokee, Cobb, Gwinnett, Henry, Paulding y Rockdale)
<input type="checkbox"/>	<b>049 LiveHealthy LI: Clover Powered, Walmart Enhanced (PPO):</b> prima de \$29.80 por mes (condados de Bartow, Bibb, Cherokee, Cobb, Gwinnett, Henry, Paulding y Rockdale)

<b>Para inscribirse en Clover Health, proporcione la siguiente información:</b>			
<b>NOMBRE:</b>		<b>APELLIDO:</b>	
		<b>INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (opcional):</b>	
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):</b> ___/___/____		<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Número de teléfono particular:</b> (____)____-____		<b>Número de teléfono alternativo:</b> (____)____-____	
<b>Domicilio fijo actual (no ingrese casilla postal):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Condado (opcional):</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección postal, si es diferente a su domicilio fijo actual (puede ingresar casilla postal):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Condado (opcional):</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección de correo electrónico (opcional):</b>			
<p>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.</p>			

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Su información de Medicare:</b>		
Número de Medicare: _____		
<b>Responda estas preguntas importantes:</b>		
<b>¿Recibirá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Clover Health?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la otra cobertura:	N.º de ID de esta cobertura:	N.º de grupo de esta cobertura:
_____	_____	_____
<b>Lea y firme a continuación:</b> Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Debo conservar el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Clover Health.</li><li>• Con mi afiliación a este plan Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta de Medicare, 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 que autorizan la recopilación de esta información (consulte la declaración respecto a la Ley de Privacidad a continuación).</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Comprendo que, en general, las personas que cuentan con Medicare no están cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del condado, excepto en los casos de cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.</li><li>• 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.</li><li>• 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 lo siguiente:<ol style="list-style-type: none"><li>1. La persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción, y</li><li>2. La documentación de esta autoridad estará disponible cuando la solicite Medicare.</li></ol></li></ul>		
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA DE HOY:</b>	
_____	_____	
<b>Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:</b>		
<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	
_____	_____	
<b>Número de teléfono:</b>	<b>Vínculo con el afiliado:</b>	
_____	_____	

Clover Health es un plan de Preferred Provider Organization (Organización de Proveedores Preferidos o PPO por sus siglas en inglés) y de Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud o HMO por sus siglas en inglés) que tiene 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: \_\_\_\_\_

<b>Sección 2:</b> 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 una opción si desea que le enviemos la información en un idioma que no sea inglés. <input type="checkbox"/> Español		
Seleccione una opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible para usted. <input type="checkbox"/> Sistema braille <input type="checkbox"/> Letras grandes <input type="checkbox"/> CD de audio Comuníquese con Clover Health al 1-888-778-1478 si necesita información en un formato accesible diferente a los enumerados anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana*. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.		
¿Cuenta con un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge cuenta con un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Evidencia de cobertura (EOC, del inglés Evidence of Coverage) <input type="checkbox"/> Directorio de proveedores <input type="checkbox"/> Directorio de farmacias <input type="checkbox"/> Formulario Dirección de correo electrónico: _____		
<b>Pago de la prima de su plan:</b>		
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. <b>También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su de prestación de beneficios del Seguro Social o la junta Railroad Retirement Board (Junta de Retiro Ferroviario o RRB) todos los meses.</b> <b>Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (Part D-IRMAA, del inglés Part D Income Related Monthly Adjustment Amount), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan.</b> 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 junta RRB). <b>NO pague el Part D-IRMAA a Clover.</b>		
<input type="checkbox"/> Recibir una factura	<input type="checkbox"/> SSA	
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica de fondos		
Nombre del titular de la cuenta: _____	Número de ruta del banco: _____	
Número de cuenta bancaria: _____	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> De ahorros	

### Declaración de la ley de privacidad

Los centros de servicio 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: \_\_\_\_\_

<b>Sección 3: Solo para uso en el consultorio:</b>			
<b>Nombre del miembro del personal/agente/representante (si le brindaron asistencia durante la inscripción):</b>			
<b>N.º de ID del agente/representante:</b>		<b>Fecha de recepción:</b>	
<b>ID del plan:</b>		<b>Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:</b>	
<b>Período de inscripción inicial en la cobertura (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP):</b>	<b>Período de inscripción anual (AEP):</b>	<b>Período de inscripción especial (SEP) (tipo):</b>	<b>No elegible:</b>