

# Clover

## Formulario de inscripción 2019 para Pennsylvania

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Marque el plan en el que desea inscribirse:</b> |  |
| <input type="checkbox"/>                           | <b>038 Clover Health Choice (PPO)</b> — Prima de \$0 por mes<br>(Condados de Philadelphia, Bucks)        |
| <input type="checkbox"/>                           | <b>039 Clover Health Choice Value (PPO)</b> — Prima de \$37 por mes<br>(Condados de Philadelphia, Bucks) |

|   |         |  |   |
|---|---------|--|---|
| <b>Para inscribirse en Clover, proporcione la siguiente información:</b>                  |         |  |   |
| Nombre:   |         | Inicial del segundo nombre:                              | Apellido:   |
| <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. |         | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):<br>____ / ____ / _____ | Sexo:<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Número de teléfono de su casa:<br>( ____ ) ____ - ____                                    |         | Número de teléfono alternativo:<br>( ____ ) ____ - ____  |   |
| Dirección de residencia permanente (no se permite el ingreso de un apartado postal):      |         |  |   |
| Ciudad:   | Estado: | Condado:   | Código postal:  |
| Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):         |         |  |   |
| Ciudad:   | Estado: | Condado:   | Código postal:  |
| Dirección de correo electrónico:  |         |  |   |

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.<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.</li><li>- O -</li><li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.</li></ul> <b>Debe tener las Partes A y B de Medicare para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage.</b> | <b>Nombre (como figura en su tarjeta de Medicare):</b>  |
|  | <b>Número de Medicare:</b>  |
|  | <b>Tiene derecho a:</b><br>Fecha de entrada en vigencia del servicio de hospitalización (Parte A): _____<br>Fecha de entrada en vigencia del servicio médico (Parte B): _____ |

| Pautas para el pago de la prima de su plan:  |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> <b>Usted se está inscribiendo en el plan Clover Health Choice (PPO) sin prima mensual:</b></p> <p>Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), debemos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar 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 cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.</p> <p>Si se evalúa que corresponde aplicar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso 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. <b>NO pague a Clover el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D.</b></p> |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Usted se está inscribiendo en el plan Clover Health Choice Value (PPO) con una prima mensual:</b></p> <p>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) todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) todos los meses.</p> <p>Si se evalúa que corresponde aplicar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso 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. <b>NO pague a Clover el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D.</b></p>  |

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

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 la Ayuda adicional por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional con sus costos de cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

**Seleccione una opción de pago de prima:**

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

**Recibir una factura todos los meses.**

**Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social/de 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 deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de 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 deducción automática, le enviaremos una factura impresa correspondiente a las 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 ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros

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

| Lea y responda estas preguntas importantes:  |         |                                 |                                |                                |
|--|---------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>1. ¿Padece de enfermedad renal terminal (end-stage renal disease, ESRD)?</b> 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 exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.  |         |                                 | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| <b>2. ¿Recibirá otra cobertura para medicamentos con receta además de Clover?</b><br>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.<br><b>Si la respuesta es “Sí”, enumere las otras coberturas y su(s) número(s) de identificación (ID) correspondientes a esta cobertura.</b> |         |                                 | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| Nombre de la otra cobertura:   |         |                                 |                                |                                |
| N.º de ID de esta cobertura:   |         | N.º de grupo de esta cobertura: |                                |                                |
| <b>3. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?</b><br>Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  |         |                                 | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| Nombre de la institución:  |         |                                 |                                |                                |
| Dirección:   |         |                                 |                                |                                |
| Ciudad:  | Estado: | N.º de teléfono:                |                                |                                |
| <b>4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?</b><br>Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid:  |         |                                 | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| <b>5. ¿Usted o su cónyuge trabaja?</b>   |         |                                 | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |

| Selección del médico   |
|--|
| Seleccione el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:<br><br>Nombre: _____<br>Dirección: _____ Número de teléfono: _____<br><br><input type="checkbox"/> No tengo un médico de atención primaria, una clínica ni un centro de salud.<br><input type="checkbox"/> Desconozco esta información. |

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 seguir pagando la prima 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

En tamaño de letra grande

Comuníquese con Clover al 1-888-657-1207 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los enumerados 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>.

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted brinda su consentimiento para recibir información de forma electrónica relacionada con su membresía con Clover, (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 otras comunicaciones (por ejemplo, boletines informativos, encuestas). Puede cancelar el uso de mensajes de correo electrónico como medio de comunicación en cualquier momento; para hacerlo, haga clic en el enlace "opt out" (cancelar la suscripción) que se encuentra en cualquier mensaje o comuníquese con Clover. También puede solicitar una copia impresa de cualquier material que Clover le envíe de forma electrónica.



**Lea esta información importante:**

Si actualmente cuenta con cobertura médica de un empleador o sindicato, la inscripción en Clover podría afectar sus beneficios de salud del empleador o del sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o del sindicato si se inscribe en Clover. Lea las comunicaciones que el empleador o el sindicato le envíen. 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 informarle sobre toda cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan se aplica a 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 en la que Clover presta servicios, deberé notificarle al plan para poder cancelar la 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 EE. UU.

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 a 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 ACTUAL:**

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

**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:

Ident. del plan:

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

Período de inscripción inicial en la cobertura (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP):

Período de inscripción anual (AEP):

Período de inscripción especial (SEP) (tipo):

No es elegible:

**Autenticación 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 cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de ese período. Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla correspondiente a la información que se aplique 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, se cancelará su inscripción.

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.</li> <li><input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).</li> <li><input type="checkbox"/> Me mudé hace poco fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé hace poco y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Salí de prisión hace poco. Fui puesto en libertad el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Hace poco, regresé a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Hace poco, obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Hace poco, tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Hace poco, tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no se ha producido un cambio.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><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 de/mudaré a/de las instalaciones el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Recientemente dejé de participar en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos con receta el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Dejaré/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Pertenezco a un Programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.</li> <li><input type="checkbox"/> Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.</li> <li><input type="checkbox"/> Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo seleccionar otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de reunir los requisitos de necesidades especiales para tener este plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (introducir fecha) ____/____/____</li> <li><input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia climática o desastre grave declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Una de estas declaraciones se aplica a mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.</li> </ul> |
|--|--|

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o no está seguro, comuníquese con Clover al 1-877-250-7687 (TTY 711) para saber 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. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.