

Clover

Declaración de entendimiento

Coloque sus iniciales en cada declaración que revisó y comprende.

_____ Mi plan de Clover ahora me proporcionará toda la cobertura médica o para medicamentos con receta de Medicare. Usaré mi tarjeta de identificación de Clover en lugar de la tarjeta de Medicare cuando necesite recibir servicios médicos o cuando visite la farmacia. **Nota: El plan que elegí no es un plan complementario de Medicare (Medigap).**

_____ No recibiré cobertura de este plan hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) puedan verificar mi elegibilidad. En consecuencia, mi “fecha de entrada en vigencia” real puede ser diferente de la que se especifica en mi solicitud*.

_____ Entiendo que cualquier subsidio federal o estatal que pueda tener, o para el cual sea elegible, no está regido por Clover. Sin embargo, mi agente me ha proporcionado información sobre estos programas y me ayudó a inscribirme si soy elegible.

_____ Mi agente revisó el Resumen de Beneficios conmigo. Comprendo los montos de la prima del plan, el deducible de la Parte D, todos los beneficios cubiertos y los montos de los coseguros. Según esta revisión, mi agente y yo hemos determinado que soy apto para inscribirme en Clover en función de mis necesidades actuales de plan de salud.

_____ Mi cobertura para medicamentos con receta de la Parte D incluye solo los medicamentos que figuran en el formulario del plan, a menos que se haga una excepción.

_____ Los proveedores fuera de la red no están obligados por ley a aceptar a los miembros de Clover (excepto en el caso de servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área).

Declaración del afiliado	
Al firmar este formulario, certifico que entiendo las declaraciones anteriores y que he completado un formulario de inscripción. También entiendo que Medicare debe revisar todas las solicitudes de inscripción.	
Nombre del afiliado: _____	Nombre del representante legal: _____
Nro. de MBI:	
Fecha estimada de inicio de la inscripción: ____ / ____ / ____ *	Plan seleccionado: _____
Nro. de confirmación en línea de Clover: _____ (solo para inscripciones digitales en persona)	
Firma: (Afiliado o representante legal) _____	Firma del agente: _____
Fecha: ____ / ____ / ____	Nro. de teléfono del agente: (____) ____ - ____
	Fecha: ____ / ____ / ____
El agente debe presentar una copia de este formulario junto con la solicitud de inscripción. El agente debe dejar la copia del original al afiliado.	

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), cada uno con su propio contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-657-1207 (TTY 711) para obtener más información.

Clover Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 1-888-657-1207 (TTY 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-657-1207 (TTY 711).

小贴士:如果您说普通话,欢迎 使用免费语言协助服务。请拨 1-888-657-1207 (TTY 711)。

Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (hora del este), los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Y0129_FX032_V2_SP_M