

Marque el plan en el que se desea inscribir:		Para inscribirse en Clover, brinde la siguiente información:		
<input type="checkbox"/> Texas Green PPO Prima mensual de \$0 (Condado de Bexar)	Nombre:		Inicial del 2° nombre: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
	Apellido:			
	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
	Teléfono primario: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Teléfono residencial (____)____-____			
	Teléfono secundario: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Teléfono residencial (____)____-____			
	¿En qué momento lo podemos contactar? Seleccione todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Sábado a domingo			
	Dirección de correo electrónico:			
	<input type="checkbox"/> Por favor NO me envíen información sobre los beneficios del plan o sobre la salud por correo electrónico o mensaje de texto.			
	Dirección de residencia permanente (No se permite casilla de correo):			
	Ciudad:		Condado:	
Estado:		Código postal:		
Dirección postal (solo si difiere de la dirección de residencia permanente):				
Ciudad:		Condado:		
Estado:		Código postal:		

Brinde la información de su seguro de Medicare:	
Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. <ul style="list-style-type: none"> • Complete los siguientes datos tal como aparecen en su tarjeta de Medicare - O - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o la carta del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.	Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):
	Núm. de reclamación de Medicare:
	Tiene derecho a: Hospital (Parte A) Fecha de entrada en vigencia: _____ Atención médica (Parte B) Fecha de entrada en vigencia: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Pago de la prima de su plan:

Se está inscribiendo en el plan Texas Green PPO sin prima mensual:

Si se inscribe en un plan sin prima mensual, aun así puede recibir una factura todos los meses. En caso de que determinemos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede pagar por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. Usted también puede elegir pagar su prima a través de una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). La Administración del Seguro Social le informará si se le calcula un Monto de Ajuste Mensual por Ingresos de la Parte D (IRMAA). Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá este monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien, Medicare o la RRB se lo facturará directamente. **NO pague el IRMAA de la Parte D a Clover.**

Puede elegir alguna de las siguientes tres opciones para pagar la factura de la prima mensual del plan:

1. **Reciba una factura todos los meses.** Abone el pago tras recibir la factura por correo.
2. **Deducción automática de su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB):** Pague la multa por inscripción tardía (LEP) que pudiera deber mediante una deducción automática de su cheque de beneficios de la SSA o RRB todos los meses. (Si usted reúne las condiciones para obtener Medicaid, tenga en cuenta que podría haber demoras para recibir los beneficios del subsidio de la multa por inscripción tardía).
3. **Debite su cuenta bancaria de forma automática todos los meses:** Adhiérase a la transferencia electrónica de fondos (EFT) y podrá pagar automáticamente la multa por inscripción tardía todos los meses. La EFT es segura y conveniente, y le permite ahorrar dinero en franqueo, sin cargos de adhesión o transacción.

Su factura puede contener los siguientes componentes:

- Subsidios federales: subsidios para la multa por inscripción tardía

Nombre: _____ Fecha: _____

- **Subsidios federales:** 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 estarán sujetos a 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 sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su área 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 por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de los 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.
- **Subsidios estatales:** Por ser residente de Texas, también puede reunir los requisitos para un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Para obtener más información, comuníquese con la línea directa del SPAP de Texas al 1-800-255-1090 o ingrese en el sitio web <http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm>

Selecciona una opción para el pago de la prima:

Si no selecciona ninguna opción de pago, le enviaremos una factura por correo todos los meses.

Reciba una factura todos los meses. Abone el pago tras recibir la factura por correo.

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

Yo recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/la RRB puede demorar dos meses o más en iniciar después de que el Seguro Social/la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las multas por inscripción tardía que adeude desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aceptan su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para cobrarle la multa por inscripción tardía).

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque CANCELADO o brinde la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Núm. de enrutamiento del banco: _____ Núm. de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorro

Por la presente autorizo a Clover a retirar de mi cuenta corriente/cuenta de ahorro los montos necesarios para pagar la multa por inscripción tardía que adeudo conforme a mi contrato con Clover. Esta autorización será válida hasta tanto le notifique por escrito que la cancelo a Clover, o a mi banco, con suficiente anticipación para darle al banco una oportunidad razonable de actuar a partir de la cancelación. Pueden transcurrir dos meses o más hasta que esta opción surta efecto. Hasta que eso suceda, usted recibirá facturas mensuales en papel. Si le interesa adherirse a la EFT y necesita información, comuníquese con Clover al 1-888-657-1207 (TTY 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Nombre: _____ Fecha: _____

Lea y conteste las siguientes preguntas importantes:				
1. ¿Usted padece de enfermedad renal en etapa terminal o ESRD? Si ha tenido un trasplante renal exitoso o ya no necesita diálisis de manera periódica, adjunte una nota o registros de su médico que indiquen que usted ha tenido un trasplante renal exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener más información.			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Usted recibirá otra cobertura para medicamentos con receta además de los planes de Clover? Algunas personas podrían tener cobertura adicional para medicamentos con receta, incluso otro seguro privado, TRICATE, beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos (VA) o Programas Estatales de Asistencia Federal. Si la respuesta es "sí", indique los otros tipos de cobertura que tiene y los números de identificación (ID) de dicha cobertura			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre de otra cobertura:				
Núm. de ID de dicha cobertura:		Núm. grupal de dicha cobertura:		
3. ¿Usted reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Si la respuesta es "sí", brinde la siguiente información:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre del centro:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Núm. de teléfono:		
4. ¿Usted 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"/>
5a. Opcional: Si la respuesta es "sí", ¿su empleador o el empleador de su cónyuge ofrecen cobertura adicional de seguro médico?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



Lea la siguiente información importante:

Si actualmente recibe cobertura de salud de parte de un empleador o sindicato, la inscripción en Clover podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura de salud de su empleado o sindicato si se inscribe en Clover. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, ingrese en su sitio web o comuníquese con la oficina que indican en sus comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre a quién contactar, el administrador de beneficios o la oficina que atiende las consultas sobre su cobertura lo pueden ayudar.

Nombre: _____ Fecha: _____

Lea y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Clover Health es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito conservar las Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en todo otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarles de toda otra cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda adquirir en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por el año entero. Una vez que esté inscrito/a, puedo abandonar el plan o realizar cambios únicamente en momentos determinados del año, durante un período de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Clover presta servicios en un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área de servicios de Clover, debo notificarle al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Clover, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté 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. Entiendo que las personas con Medicare normalmente no tienen cobertura conforme a Medicare fuera del país, salvo una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Clover, recibir servicios dentro de la red puede costar menos que recibir servicios fuera de la red, salvo en el caso de los servicios de emergencia o los que se necesitan urgentemente, o los servicios de diálisis fuera del área de servicios. Si fuera necesario desde el punto de vista médico, Clover proporciona reembolsos para todos los beneficios cubiertos, incluso aunque yo reciba servicios fuera de la red.

Se cubrirán los servicios que autorice Clover y los otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Clover (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI CLOVER PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un representante de ventas, un agente u otra persona empleada o contratada por Clover, esta persona podrá recibir un pago a partir de mi inscripción en Clover.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Clover divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para los propósitos del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Asimismo, acepto que Clover divulgará mi información, incluso información sobre mis medicamentos con receta, a Medicare, quien podrá divulgarla a los fines de investigación y con otros fines acordes con las normas y los reglamentos federales vigentes. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si completo este formulario con información falsa de forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud implica que he leído y entiendo los contenidos de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente: (1) dicha persona está autorizada conforme a la legislación estatal para completar esta inscripción; y (2) la documentación de dicha autorización se encuentra disponible previa solicitud de Medicare.

FIRMA:

FECHA DE HOY:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en el espacio anterior y brindar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Núm. de teléfono:

Vínculo con el afiliado:

Nombre: _____ Fecha: _____

Elección del médico	
Opcional: Proporcione el nombre y la información de contacto de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	Núm. de teléfono: _____
<input type="checkbox"/> No tengo ningún médico de atención primaria, clínica ni centro de salud. <input type="checkbox"/> No sé.	

Marque uno de los siguientes cuadros si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés u otro formato:		
Información escrita: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro idioma: _____	Información oral: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro idioma: _____	
Si necesita información en otro formato, seleccione una de las siguientes opciones:		
<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Grabación de audio	<input type="checkbox"/> Letra grande
Si necesita información en otro idioma o formato de los que se ofrecen anteriormente, comuníquese con Clover al 1-888-657-1207 (TTY 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.		

Solo para uso oficial:			
Name of Staff Member/Agent/Broker (if assisted in enrollment):			
Agent/Broker ID #:		Received Date:	
Plan ID:		Effective Date of Coverage:	
ICEP/IEP:	AEP:	SEP (type):	Not eligible:

Clover Insurance Company es un plan de Organización de proveedores preferidos (PPO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted se puede inscribir en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea los siguientes enunciados con atención y marque el cuadro del enunciado que se aplique a su caso.

Al marcar cualquiera de los siguientes cuadros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar su inscripción.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soy nuevo/a en Medicare. <input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Hace poco tiempo me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Hace poco obtuve el estado de presencia legal en los EE. UU. Obtuve este estado el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Tengo tanto Medicare como Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar por mis primas de Medicare. <input type="checkbox"/> Recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. <input type="checkbox"/> Ya no reúno los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir Ayuda adicional el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente me volví elegible para la cobertura de la parte B, desde el (indique la fecha) _____/_____/_____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Viviré, vivo o hace poco dejé de vivir en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo). Viviré o dejé de vivir en el centro el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente abandoné el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura para medicamentos con receta (cobertura del mismo alcance que la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Perderé la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Formo parte de un programa de asistencia farmacéutica que brinda mi estado. <input type="checkbox"/> Mi plan terminará el contrato con Medicare o Medicare terminará el contrato con mi plan el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales exigidos para participar de dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (indique la fecha) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Perdí la cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) el (indique la fecha) _____/_____/_____
--	---

Si ninguno de estos enunciados se aplican a su caso o usted no está seguro, comuníquese con Clover para ver si reúne los requisitos para inscribirse al 210-248-1596 (TTY 711). Estamos disponibles de 8:00 am a 8:00 pm, hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de Febrero hasta el 30 de Septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.