

Clover

Formulario de inscripción de New Jersey 2019

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

Marque el plan en el que desea inscribirse:

<input type="checkbox"/>	001 Clover Health Choice (PPO) —Prima de \$0 por mes (Condado de Hudson)
<input type="checkbox"/>	004 Clover Health Choice (PPO) —Prima de \$0 por mes (Condados de Atlantic, Bergen, Essex, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset y Union)
<input type="checkbox"/>	007 Clover Health Choice Value (PPO) —Prima de \$37.20 por mes (Condados de Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Monmouth, Morris, Passaic, Somerset y Union)
<input type="checkbox"/>	032 Clover Health Choice Premier (PPO) —Prima de \$75.70 por mes (Condados de Burlington, Cumberland, Gloucester, Middlesex, Morris y Ocean)
<input type="checkbox"/>	041 Clover Health Choice (PPO) —Prima de \$0 por mes (Condados de Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester y Middlesex)
<input type="checkbox"/>	042 Clover Health Choice Value (PPO) —Prima de \$37.20 por mes (Condados de Burlington, Camden, Cumberland y Gloucester)
<input type="checkbox"/>	002 Clover Health Classic (HMO) —Prima de \$0 por mes (Condados de Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Passaic y Union)
<input type="checkbox"/>	003 Clover Health Value (HMO) —Prima de \$37.20 por mes (Condados de Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Middlesex, Passaic y Union)

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 puede ser 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 de Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección. <ul style="list-style-type: none">• 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 de la Junta de Retiro Ferroviario. Debe tener la 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 lo siguiente: Servicio de hospitalización (Parte A) Fecha de entrada en vigencia: _____ Servicios médicos (Parte B) Fecha de entrada en vigencia: _____

Pago de la prima de su plan:
<input type="checkbox"/> Usted se está inscribiendo en un Plan Clover Health Choice (PPO) o Clover Health Classic (HMO) sin prima mensual: <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 Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.</p> <p>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 se lo facturarán directamente. NO pague a Clover el IRMAA de la Parte D.</p>
<input type="checkbox"/> Usted se está inscribiendo en el Plan Clover Health Choice Value (PPO), el Plan Clover Health Choice Premier (PPO) o el Plan Clover Health Value (HMO) con una prima mensual: <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 Retiro Ferroviario (RRB) todos los meses.</p> <p>Si se evalúa que corresponde aplicar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (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 se lo facturarán directamente. NO pague a Clover el IRMAA de la Parte D.</p>

Nombre: _____ Fecha: _____

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen 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 califica para recibir Ayuda Adicional con los costos de su cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura por correo 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 Retiro Ferroviario (RRB).

Yo recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social/de la RRB demore dos o más meses en iniciarse una vez que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones. Si el Seguro Social o de la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa correspondiente a las primas mensuales).

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses.

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: Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

Nombre: _____ Fecha: _____

Lea y responda estas preguntas importantes:				
1. ¿Padece de enfermedad renal 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 la de Clover? Es posible que algunas personas tengan una cobertura adicional para medicamentos con receta, incluidos otros seguros privados, TRICARE, los beneficios de salud para empleados federales, los beneficios de Asuntos de Veteranos (Veteran Affairs, VA) o los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Si la respuesta es “Sí”, enumere las otras coberturas y su número o 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. ¿Es residente de 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 Medicaid de su estado? Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Usted o su cónyuge trabaja?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

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

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

Información oral:

Inglés Español

Otro: _____

Braille

Grabación de audio

Tamaño de letra grande

Comuníquese con Clover llamando al 1-888-657-1207 si necesita información en un formato accesible o en otro idioma no mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm, 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 acepta recibir información relacionada con su membresía en Clover (por ejemplo, información sobre los beneficios), programas y servicios ofrecidos (tales como materiales sobre educación para la salud, recordatorios), comunicaciones de marketing o de otro tipo (como boletines informativos, encuestas) en forma electrónica. Usted puede optar por no utilizar correo electrónico como medio de comunicación en cualquier momento al hacer clic en el enlace de exclusión ("opt out") que se incluye en todos los mensajes, o bien al comunicarse con Clover. También puede solicitar una copia impresa de cualquier material que Clover envíe en forma electrónica.



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 del sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o del sindicato si se inscribe en Clover. Lea las comunicaciones que le envía 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 podrá 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. Deberé 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 únicamente en determinados momentos del año, cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (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: _____

Clover presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Clover presta servicios, deberé 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 EE. UU.

Para los planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, 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 de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, 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 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 autorización puede estar disponible cuando sea solicitada por Medicare.

FIRMA:

FECHA DE HOY:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar 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:

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

Periodo de inscripción anual (AEP):

Periodo de inscripción especial (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 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 que corresponda 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"> <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"/> 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 (indique la fecha) ____/____/____. <input type="checkbox"/> Hace poco salí de prisión. Fui puesto en libertad el (indique la fecha) ____/____/____. <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 (indique la fecha) ____/____/____. <input type="checkbox"/> Hace poco obtuve la condición de presencia 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 la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda Adicional, cambió el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (indique la fecha) ____/____/____. <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de 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 del/Me mudaré al/Me mudaré del centro el (indique la fecha) ____/____/____. <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) (indique la fecha) ____/____/____. <input type="checkbox"/> Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura de 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 de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) ____/____/____. <input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por 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 elegir otro plan. 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 de necesidades especiales para tener este plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indique la fecha) ____/____/____. <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 las otras afirmaciones aquí incluidas se aplica a mi situación, pero no pude inscribirme como consecuencia del desastre natural. |
|---|---|

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica en su caso o no está seguro, comuníquese con Clover llamando al 1-877-250-7687 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm, hora local, 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.