

Marque el plan en el que desea inscribirse:		Para inscribirse en Clover, proporcione la siguiente información:	
<input type="checkbox"/>	<b>Pennsylvania Green PPO</b> <b>Prima de \$0 por mes</b> (Condado de Bucks)	Nombre:	Inicial del 2º 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"/> Residencial (____)____-_____	
		Teléfono secundario: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Residencial (____)____-_____	
		¿Cuál es el mejor horario para contactarlo? Seleccione todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Lun.-Vie. <input type="checkbox"/> Sab.-Dom.	
		Dirección de correo electrónico:	
		<input type="checkbox"/> Por favor <b>NO</b> me envíen información sobre salud o beneficios del plan 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:		

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"> <li>• Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. - O -</li> <li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario.</li> </ul> <b>Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage.</b>	Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):
	Número de reclamación de Medicare:
	Tiene derecho a: <b>Servicio de hospitalización (Parte A)</b> Fecha de entrada en vigencia: _____ <b>Servicios médicos (Parte B)</b> Fecha de entrada en vigencia: _____

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

### Pago de la prima de su plan:

#### Usted se está inscribiendo en el Plan Pennsylvania Green PPO sin prima mensual:

Si usted se inscribe en un plan sin prima mensual, es posible que igualmente reciba una factura todos los meses. 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 realizar el pago 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 la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

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 lo facturarán directamente. **NO pague a Clover el IRMAA de la Parte D.**

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

1. **Recibir una factura todos los meses.** Envíe su pago luego de recibir la factura por correo.
2. **Deducción automática de su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB):** Pague la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) que adeude mediante deducción automática de su cheque de beneficios de la SSA o la RRB todos los meses.

(Si usted califica para Medicaid o ciertos Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica [State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP] de Pennsylvania, tales como el Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada (Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly, PACE) o el Programa Estatal de Beneficios Farmacéuticos (State Pharmaceutical Benefits Program, SPBP) para VIH/SIDA, tenga en cuenta que puede haber demoras para que reciba sus beneficios de subsidio de multa por inscripción tardía).

3. **Deducción automática de su cuenta bancaria todos los meses:** Adhiérase a la transferencia electrónica de fondos (EFT) y su multa por inscripción tardía mensual se pagará automáticamente 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 multas por inscripción tardía
- Subsidios estatales—Subsidios para multas 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, incluso 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 sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su 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](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 su prima del plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.
- **Subsidios estatales:** Como residente de Pennsylvania, es posible que también reúna los requisitos para participar en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Para obtener más información, comuníquese con la línea directa del SPAP de Pennsylvania llamando al 1-800-225-7223 o visite <https://pacecares.magellanhealth.com/>

**Seleccione una opción para el pago de la prima:**

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

- Recibir una factura todos los meses.** Envíe su pago luego de recibir la factura por correo.
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social/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 de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las multas por inscripción tardía adeudadas 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 aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por su multa mensual por inscripción tardía).

- 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 enrutamiento del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros

Por medio del presente, autorizo a Clover a retirar de mi cuenta de cheques/ahorros los montos necesarios para pagar la multa por inscripción tardía que adeude conforme a mi contrato con Clover. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que notifique a Clover, o a mi banco, por escrito que deseo cancelarla, con el tiempo suficiente como para permitir que el banco tenga una oportunidad razonable de ejecutar la cancelación. Es posible que esta opción demore dos o más meses en entrar en vigencia. Mientras tanto, recibirá una factura impresa mensualmente. Si está interesado en adherirse a la EFT y necesita información, comuníquese con Clover llamando al 1-888-657-1207 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (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: \_\_\_\_\_

<b>Lea y responda estas preguntas importantes:</b>				
<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, <b>adjunte una nota o registros</b> 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"/>
<b>2. ¿Recibirá otra cobertura para medicamentos con receta además de los planes de Clover?</b> 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. <b>Si la respuesta es “Sí”, enumere las otras coberturas y su número o números de identificación (ID) correspondientes a esta cobertura:</b>			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:		
<b>3. ¿Reside usted en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?</b> 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:		
<b>4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?</b> Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?</b>			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>5a. Opcional: Si la respuesta es “Sí”, ¿proporciona su empleador/el empleador de su cónyuge cobertura adicional de seguro de salud?</b>			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



**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 el sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o el sindicato si se inscribe en Clover. Lea las comunicaciones que le envían 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 podrán ayudarlo.

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

**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.

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 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 solicitado por Medicare.

**FIRMA:**

**FECHA DE HOY:**

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

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

Selección del médico	
Opcional: Proporcione el nombre y la información de contacto de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> No tengo clínica, centro de salud o médico de atención primaria.	<input type="checkbox"/> No lo sé.

**Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente del inglés o en otro formato:**

Información escrita:	Información oral:
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
Otro: _____	Otro: _____

**Si necesita información en otro formato, seleccione a continuación:**

Braille                       Grabación de audio                       Letra grande

Si necesita información en otro idioma o formato de los que se enumeran anteriormente, comuníquese con Clover llamando al 1-888-657-1207 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (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 interno:**

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 una Organización de Proveedores Preferidos 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 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 sea aplicable en su caso.

Al marcar las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período de inscripción. Si luego determinamos que la información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

<p><input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente me mudé 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) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco salí de prisión. Fui puesto en libertad el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><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) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no cumpla los requisitos para recibir Ayuda adicional para los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir Ayuda adicional el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente reuní los requisitos para la cobertura de la Parte B (indique la fecha) ____/____/____.</p>	<p><input type="checkbox"/> Me mudaré, vivo o dejaré de vivir en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré a/de las instalaciones el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><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 (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos con receta el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Dejo/Pierdo la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará su contrato con mi plan el (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><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 (indique la fecha) ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdí la cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) el (indique la fecha) ____/____/____.</p>
--	---

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica en su caso o no está seguro, comuníquese con Clover llamando al 1-610-222-6222 (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. 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.