

## Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) y Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage.

#### Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicios del plan.

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener los dos seguros indicados a continuación:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

### ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero).
- En el lapso de 3 meses desde la primera inscripción en Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de planes.

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta Medicare roja, blanca y azul).
- Su dirección y su número de teléfono permanentes.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

### Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que sus pagos de prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Railroad Retirement Board).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Clever Care  
660 W Huntington Drive, Suite 200  
Arcadia, CA 91007

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, se pondrán en contacto con usted.

### ¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Llame a Clever Care al (833) 388-8168. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la estimación del tiempo o si tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atte: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

**Sección 1****Todos los campos de esta página son obligatorios** (salvo que estén marcados como opcionales)

Elija el plan al que desea unirse:

<input checked="" type="checkbox"/>	Plan	Condado	Prima
<b>Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)</b>			
	H7607-002-001	Los Ángeles	\$0 por mes
	H7607-002-002	Orange	\$0 por mes
	H7607-002-003	San Diego	\$0 por mes
<b>Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)</b>			
	H7607-003-001	Los Ángeles	\$31.50 por mes
	H7607-003-002	Orange	\$31.50 por mes
	H7607-003-003	San Diego	\$31.50 por mes

NOMBRE:	APELLIDO:	[Opcional: inicial del segundo nombre]:
---------	-----------	---

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: ( )
--	---	----------------------------

Dirección de residencia permanente (no introducir un apartado de correo):

Ciudad:	[Opcional: condado]:	Estado:	Código postal:
---------	----------------------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite introducir un apartado de correo):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Clever Care Longevity Medicare Advantage o Clever Care Balance Medicare Advantage?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

Continúa ►

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) o Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO).
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, comprendo que Clever Care compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorice la recopilación de esta información (consulte, a continuación, la Declaración de la ley de privacidad).
- Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Entiendo que, cuando mi cobertura de Clever Care Longevity Medicare Advantage o Clever Care Balance Medicare Advantage comienza, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Clever Care. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Clever Care y aquellos incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Clever Care Longevity Medicare Advantage o Clever Care Balance Medicare Advantage. Ni Medicare ni Clever Care pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
  1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b> (mm/dd/aaaa) / /
---------------	--

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

## Sección 2

Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección.  
No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Elija una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

Chino (tradicional)  Coreano  Vietnamita  Tagalo  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille  Letras grandes  CD de audio

Comuníquese con **Clever Care al (833) 388-8168** si necesita información en un formato accesible que no sean los indicados anteriormente. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?  Sí  No

¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

Nombre del PCP:

Número de id. de inscripción del PCP:

¿Es usted un paciente actual de este médico?  Sí  No

Grupo médico o red de médicos:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Elija uno o más.

- Materiales del plan obligatorios (p. ej., Aviso anual de cambios)
- Explicación de los beneficios
- Boletines e información del plan
- Información sobre programas de salud y bienestar
- Invitaciones a seminarios para miembros

Dirección de correo electrónico:

### Pago de las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) por correo  o bien por transferencia electrónica de fondos (Electronic Fund Transfer, EFT)  cada mes.  **También puede optar por pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan.** El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Clever Care el Part D-IRMAA.

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

## Certificación de elegibilidad para un período de inscripción.

Lea las siguientes declaraciones y marque la casilla que se aplique a usted.

**Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente descubrimos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare (fecha de entrada en vigencia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicios para mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (indicar fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Recientemente obtuve el estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.
- Me mudaré a un Centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo), vivo en uno o recientemente me fui de uno. Me mudé/me mudaré al centro o me iré del centro el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Recientemente me fui de un programa PACE® el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Dejaré de recibir/perderé la cobertura del empleador o del sindicato el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Me inscribieron en un Special Needs Plan (SNP), pero ya no cumplo los requisitos para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indicar la fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).
- Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplica a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con el Servicio al Cliente llamando al **1-833-388-8168 (TTY: 711)** para ver si es elegible para inscribirse. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.