

Electronic Enrollment and Health Risk Assessment (HRA) Submission Methods

# Clever Enroll - Broker Portal Electronic Scope Of Appointment Enrollment Application Health Risk Assessment Connecture - Agency Portal Electronic Enrollments HRA's Clever Care Website Assessable Electronic In language DocuSign Enrollment forms HRA's CMS Website Medicare.gov

# Clever Enroll

El botón electrónico de la HRA estará disponible después de enviar una solicitud de inscripción **y** marcarla como completada. Las solicitudes de HRA deben enviarse **a más tardar** 10 días después de la fecha de firma de la solicitud o de la fecha de vigencia del plan, lo que ocurra más tarde.

**Inicio del proceso de evaluación de riesgos para la salud (HRA).** Haga clic en el 💙 icono de corazón morado junto a la solicitud en el panel de control.

ę	Clever Care Health Plan Enrollment Portal - Home Joey Chadwick -																			
	Start a New E	nrollment Application																		
	Leads	Assigned	• •																	
	:	Last Na	First Na	Date of	Spoken	Home A	Home Ci.	Home St.	. :	Home Zip	Ph	hone # :	Gender	÷	Medicar	÷.,	Medicai	Written	÷	Member
								No recor	ds availa	able.										
-	Submit	tted Enroll	ment App	plication	S (past 30 days)															(Records: 5)
		First Name		:	Last Name		: (	ate Submitted		:	:	Application :	Status			:	HRA Status			÷
	•	Joey			Test5		2	/14/2024				Pending					Not Started			A
	0	Joey			Test4		2	/14/2024				Processed					Completed (02/1-	4/2024)		
	0	Joey			Test3		â	/14/2024				Pending					Completed (02/1-	4/2024)		
	0	Joey			Test2		â	/14/2024				Pending					Completed (02/14	4/2024)		
	0	Joey			Test1		â	/14/2024				Processed					Completed (02/1-	4/2024)		

#### Paso 1: Información del solicitante

- 1. Revise la información del solicitante para asegurarse de que todo esté correcto.
- 2. Haga clic en el botón "Página de inicio" (Home) en la esquina superior derecha para volver al panel de control sin guardar.

Clever Care Health Plan Enrollment Portal - Health Risk Assessment Joey Chadwick -							
Applicant Information							
Applicant Name Mary Beneficiary	<b>Main Address</b> 3052 N GOODVIEW TR,Los Angeles,CA 90068	Mailing Address	Phone Numbers Cell: 6265551234	Email			
<b>Plan Name</b> Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) Plan	Requested Effective Date 04/01/2024	<b>Spoken Language</b> English	Date of Birth 02/02/1955	<b>Gender</b> Female			
Application Submit Date 02/22/2024	HRA Last Updated	Medicare Number 1CD2EF3GH45	<b>Member ID</b> 0000060064	State Medicaid Number 1784983611			

# Paso 2: Introducción a la HRA

1. Complete las preguntas 1 a 3.



2. Introduzca cualquier creencia religiosa o cultural que el cliente pueda tener en la pregunta 4. Si no tiene nada, introduzca N/A.

4. Ple bette	ease describe anything related to your culture, beliefs, religious practices, or anything else important to you that would help us serve your.
N/	A
5. Wł	hat is your current housing situation?
0	I have housing
	Are you worried about losing your housing?
	O No
	○ Yes
	I do not have housing (staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the street, on a beach, in a car, or in a park)
6. Wł	no do you currently live with?
0	Living Alone
	Living with family or friend
	Living with spouse/significant other
	Other
7. Do your	you have an Advance Directive in place? (a way to make sure that your designated medical power of attorney is able to communicate medical wishes if you cannot speak for yourself)
	Yes

H7607\_25\_CM1483\_C 12032024

3. Complete las preguntas 8 a 17 sobre "Evaluación del dolor" (Pain Screening), "Conexión para comunicación" (Communication connection) y "Mi salud" (My Health). En algunas preguntas se puede responder "Sí" (Yes) o "No", y en otras como la n.º 9 hay múltiples opciones para elegir.

PAIN SCREE	NING
8. Are	e you experiencing any pain now or in the last two weeks?
0	Yes
	At its worst, how severe is your pain (0 to 10 with 10 being the worst)?
1	-lave you talked to your doctor or someone else about how to manage your pain?
	Who did you talk to?
	Yong Lee
	No
0 Dia	see callect if you use any of the following equipment:
5. FIC	Dentures
	Medical alert device
	Lift chair
	Brace (leg, back)
	Transfer equipment
<b>~</b>	Cane
	Incontinence supplies (pads, liners)
<b>~</b>	Glasses/contact lenses
	Adaptive eating equipment
	Bathing equipment
	Walker
	Bedside commode
	Hearing aid
	Wheelchair (manual, electric)
	Other
	Doesn't have/use any equipment

- 4. La pregunta 18 es la única pregunta opcional. Complete esta pregunta con los medicamentos que el cliente está usando. Si no está usando ningún medicamento, deje esta pregunta en blanco.
- 5. Haga clic en el enlace "Añadir otro medicamento" (Add another medication) si hay más de 1 medicamento para agregar.

Health Risk Assessment			
MY HEALTH			
18. Please list the medications, frequency, a	and dosage you are taking, including over-the-counter and supplements.		
Medication Name			
Dosage/Strength			
How often are you taking it?			
	Add another medication		

6. Una vez que termine con las preguntas 38 y 39, haga clic en el botón "Enviar" (Submit) morado para enviar la evaluación de riesgos para la salud.

7. Si desea guardar lo que ha completado y volver más tarde, haga clic en el botón "Guardar" (Save).

HEALTH GOALS
38. What are your health goals for everyday life? Please select at least one of the health goals listed below.
Complete an annual wellness exam with my primary care provider (PCP)
Volunteer for a local organization, such as the library, an animal shelter, or soup kitchen
Work on maintaining or increasing my balance and strength to avoid falls
Talk with my PCP to develop a regular exercise plan
Follow a nutritious and healthy diet to maintain or improve my health
Other personalized goal
39. Are there any barriers that may keep you from accomplishing your goal(s)?
O No
Yes - Select all that apply :
✓ Transportation
Lack of time
Lack of motivation
Lack of resources/equipment
Other
Save Submit

# Connecture

El botón electrónico de la HRA estará disponible después de enviar una solicitud de inscripción en Connecture. Las solicitudes de HRA deben enviarse <u>a más tardar</u> 10 días después de la fecha de firma de la solicitud o de la fecha de vigencia del plan, lo que ocurra más tarde.

# <u>Paso 1:</u>

Si se pone en contacto a través de Connecture, recibirá un **enlace único** para acceder al sitio web.

## <u>Paso 2:</u>

Una vez enviada la solicitud, **haga clic** en el botón "Evaluación de riesgos para la salud (HRA)" (Health Risk Assessment [HRA]) para iniciar el proceso de la HRA.



# <u>Paso 3:</u>

Complete las preguntas 34 y 35 y luego **haga clic** en "Completar evaluación" (Complete Assessment).



# Formularios de poder de Clever Care

Otra forma de enviar una HRA es a través del proceso DocuSign. Tanto el agente como el cliente necesitarán una dirección de correo electrónico para utilizar este proceso. Las solicitudes de HRA deben enviarse <u>a más tardar</u> 10 días después de la fecha de firma de la solicitud o de la fecha de vigencia del plan, lo que ocurra más tarde.

## <u>Paso 1:</u>

Visite el sitio web de Clever Care en <u>https://es.clevercarehealthplan.com/brokers/enrollment-</u><u>forms/</u>. Desplácese hacia abajo hasta "Formularios de poder" (Power Forms) y **haga clic** en el enlace del formulario de HRA de 2024 en el idioma necesario.

**NOTA:** Aceptaremos los Formularios de poder de HRA de 2024 hasta que el formulario de 2025 finalice en el primer trimestre de 2025.

2024 Power Forms				
2024 Broker Enrollment Form in English	SOA Form in English	2024 HRA Form in English		
2024 Broker Enrollment Form in Chinese	SOA Form in Chinese	2024 HRA Form in Chinese		
2024 Broker Enrollment Form in Korean	SOA Form in Korean	2024 HRA Form in Korean		
2024 Broker Enrollment Form in Vietnamese	SOA Form in Vietnamese	2024 HRA Form in Vietnamese		
2024 Broker Enrollment Form in Spanish	SOA Form in Spanish	2024 HRA Form in Spanish		

# <u>Paso 2:</u>

Complete el nombre y la dirección de correo electrónico del agente. La sección del miembro no es obligatoria. Haga clic en "Comenzar a firmar" (Begin Signing).

.....

PowerForm Signer Information	signers needed for this document.						
Fill in the name and email for each signing role listed below. Signers will receive an email inviting them to sign this document.	Member						
Please enter your name and email to begin the signing process.	Name:						
Agent	Full Name						
Your Name: *	Email:						
Full Name	Email Address						
Your Email: *							
Email Address	BEGIN SIGNING						

## <u>Paso 3:</u>

En la esquina superior derecha de la pantalla, haga clic en el botón amarillo "Continuar" (Continue) para comenzar a completar la HRA.



### Paso 4:

Continúe completando todos los campos obligatorios en rojo. Si el miembro no tiene una dirección de correo electrónico, simplemente use <u>noemail@noemail.com</u> en el campo de dirección de correo electrónico.

DocuSign Envelope ID: 09CEED02-D585-4E00-9B87-8A96A2	242009D	
Clever Core		
Health Risk Assessme	ent	
Member's first name:	Member's last name:	Middle initial:
Clever Care member MBI number:	Date of birth:	HRA completion date: 11/2/2023
Email address:	Primary phone number: My primary	language:
	Other:	

# <u> Paso 5:</u>

En la última página, complete las preguntas 34 y 35 y luego haga clic en "Finalizar" (Finish).

	FINISH					
34. What are your health goals for everyday li below.	fe? Please select at least one of the health goals listed					
Complete an annual wellness exam with	n my primary care provider (PCP)					
Volunteer for a local organization, such	as the library, an animal shelter, or soup kitchen.					
Work on maintaining or increasing my b	alance and strength to avoid falls					
Talk with my PCP to develop a regular ex	xercise plan					
Follow a nutritious and healthy diet to n	naintain or improve my health					
Other personalized goal	Other personalized goal					
35. Are there any barriers that may keep you No	from accomplishing your goal(s)?					
Yes – Select all that apply:						
Transportation	Lack of motivation					
Lack of time	Lack of resources/equipment					
Other						
	FINISH					