Clever Care HEALTH PLAN

Formulario de solicitud de inscripción individual 2025

¿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.º de enero).
- En el lapso de 3 meses desde la primera vez que se inscribe en Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de planes.

Visite 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 permanente y su número de teléfono.

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 Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Correo electrónico: enrollment@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4757

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, 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) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima 2 para recibir asistencia en español; un representante se pondrá a su disposición para asistirle.

Personas que experimentan falta de hogar

- Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, una dirección de apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (p. ej., cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo 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 0938-1378. 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 la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act, 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:

Clever Care **Longevity** (HMO) H7607-002

☐	001-Condado de Los Angeles	$0 por mes
☐	002-Condado de Orange	$0 por mes
☐	003-Condado de San Diego	$0 por mes
☐	004-Condado de San Bernardino	$0 por mes
☐	005-Condado de Riverside	$0 por mes

Clever Care **Value** (HMO) H7607-008

☐	001-Condado de Los Angeles	$0 por mes
☐	002-Condado de Orange	$0 por mes
☐	003-Condado de San Diego	$0 por mes
☐	004-Condado de San Bernardino	$0 por mes
☐	005-Condado de Riverside	$0 por mes

Clever Care **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

☐	001-Condado de Los Angeles	$18.40 por mes
☐	002-Condado de Orange	$18.40 por mes
☐	003-Condado de San Diego	$18.40 por mes
☐	004-Condado de San Bernardino	$18.40 por mes
☐	005-Condado de Riverside	$18.40 por mes

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____ **INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE** (opcional): ____

Fecha de nacimiento: M M / D D / A A A A **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono: ( ) –

Dirección de residencia permanente (No introduzca un apartado de correos. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado de correos puede considerarse su dirección de residencia permanente):

_____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

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

_____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: – –

Según la Revisión del Modelo de Atención, Clever Care Health Plan, Inc. ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para administrar un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) hasta 2025.

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

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Clever Care? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

OPCIONAL:

¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medi-Cal (Medicaid): _____

Complete solo si se está inscribiendo en el plan Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

¿Ha sido diagnosticado con **diabetes** (alto nivel de azúcar en la sangre) o está tomando insulina u otros medicamentos para controlar su nivel de azúcar en la sangre?	☐ Sí ☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **arritmia cardíaca** o fibrilación auricular (FA) o ha tenido problemas con latidos cardíacos rápidos e irregulares?	☐ Sí ☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **enfermedad de las arterias coronarias (EAC)** o **enfermedad vascular periférica**, ha tenido un ataque al corazón o ha experimentado mala circulación debido al endurecimiento de las arterias o venas?	☐ Sí ☐ No
¿Ha sido diagnosticado con **trastorno tromboembólico venoso crónico** o ha tenido coágulos sanguíneos en las venas más de una vez?	☐ Sí ☐ No
¿Está tomando medicamentos para tratar sus afecciones?	☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos:

_____ _____ _____

Médico que puede verificar su(s) afección(es)

Nombre: _____

Teléfono: (_____) _____ – _____ **Fax:** (_____) _____ – _____

Dirección del consultorio:

_____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Autorización para la divulgación de información de salud

Mi firma autoriza al proveedor mencionado anteriormente y/o a mi PCP a divulgar mi información médica y/o a proporcionar registros médicos a Clever Care Health Plan.

Sección 1

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

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Clever Care Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, comprendo que Clever Care compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la ley de privacidad a continuación). Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Clever Care Health Plan, deberé recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Clever Care Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Clever Care Health Plan que estén incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Clever Care Health Plan. Ni Medicare ni Clever Care pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo su contenido. 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.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** M M / D D / A A A A

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.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español (1)
- ☐ Sí, mejicano, mejicanoamericano, chicano/a (2)
- ☐ Sí, puertorriqueño (3)
- ☐ Sí, cubano (4)
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español (5)
- ☐ **Elijo no responder.** (6)

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena americano/nativo de Alaska[1]
- ☐ Indio asiático[2]
- ☐ Negro o afroamericano[3]
- ☐ Chino [4]
- ☐ Camboyano [5]
- ☐ Filipino [6]
- ☐ Guamano o chamorro [7]
- ☐ Japonés [8]
- ☐ Coreano [9]
- ☐ Nativo hawaiano [10]
- ☐ Otro asiático [11]
- ☐ Otro isleño del Pacífico [12]
- ☐ Samoano [13]
- ☐ Vietnamita[14]
- ☐ Blanco [15]
- ☐ **Elijo no responder.**[16]

Cuál es su idioma preferido para hablar:

☐ Inglés ☐ Mandarín ☐ Cantonés ☐ Jemer ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Español
☐ Otro: _____

¿Cuál es su idioma preferido para escribir que no sea el inglés?

☐ Chino (tradicional) ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Español

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible: ☐ Braille ☐ Letras grandes ☐ CD de audio ☐ CD de datos

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 usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No **¿Trabaja su pareja?** ☐ Sí ☐ No

Consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos:

Número de teléfono móvil: (_____) _____ – _____

Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes de texto automatizados y/u otros mensajes de texto de Clever Care Health Plan para atención médica, beneficios o cualquier otro propósito. Dicho consentimiento no es una condición para recibir ningún servicio y puedo cancelarlo en cualquier momento llamando a Clever Care. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones y materiales de Clever Care electrónicamente en lugar de por correo postal de los Estados Unidos. Entiendo que esto incluiría documentos como la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte C y Parte D, el Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) y otros materiales. Puedo volver a recibir el correo postal de los EE. UU. en cualquier momento llamando a Clever Care.

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

Nombre del PCP:

Grupo médico o IPA:

Número de id. de inscripción del PCP: _____ – _____

¿Es usted un paciente actual de este PCP? ☐ Sí ☐ No
☐ No tengo un PCP; asígneme uno.

Sección 3 | Pago de la prima del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda tener) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (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.
NO pague a Clever Care el Part D-IRMAA.

Seleccione una opción para el pago de la prima. Si no selecciona ninguna, recibirá una factura.

- ☐ Recibir una factura.
- ☐ Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ i) Seguro Social ☐ ii) RRB

¡Gracias por elegir Clever Care Health Plan! (opcional)

Tómese un momento para contarnos cómo se enteró de Clever Care. Seleccione uno o más de los siguientes ejemplos:

- ☐ Televisión[1]
- ☐ Radio [2]
- ☐ Periódico [3]
- ☐ Redes sociales o computadora (Google, Facebook, YouTube, aplicación de juegos)[4]
- ☐ Correo [5]
- ☐ Familiar, amigo, médico o acupunturista[6]
- ☐ Su corredor de seguros [7]
- ☐ Evento[8]
- ☐ Otro:[9] _____

Sólo para personas que ayuden al inscrito a rellenar este formulario

Complete esta sección si usted es un individual (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a llenar este formulario.

Nombre:	Relación con el inscrito:
Firma:	Número nacional de productor (sólo agentes/corredores):
FMO (si corresponde):	¿Solicitud telefónica?: ☐ Sí ☐ No
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: M M / D D / A A A A	Fecha en que se recibió la solicitud: M M / D D / A A A A

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. El artículo 1851 de la Ley de Seguridad Social, y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 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.° 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.

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. **Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla que se aplique a usted.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente se determina que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.[1]
- ☐ 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).[2]
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el _____ / _____ / _____.[3]
- ☐ Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el _____ / _____ / _____.[4]
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el _____ / _____ / _____.[5]
- ☐ Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el _____ / _____ / _____.[6]
- ☐ 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 _____ / _____ / _____.[7]
- ☐ 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 _____ / _____ / _____.[8]
- ☐ Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos), vivo en uno o recientemente me fui de uno. Me mudé/Me mudaré al centro o me iré del centro el _____ / _____ / _____.[9]
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE® el _____ / _____ / _____.[10]
- ☐ Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ / _____ / _____.[11]
- ☐ Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el _____ / _____ / _____.[12]
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.[13]
- ☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.[14]
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ / _____ / _____.[15]
- ☐ Me inscribieron en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el _____ / _____ / _____.[16]
- ☐ 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.[17]
- ☐ Quiero inscribirme en un Plan de Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mis enfermedades crónicas.[18]

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con Clever Care llamando al **(833) 388-8168 (TTY: 711)** para saber si es elegible para inscribirse.