



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

Para inscribirse en Clarion Health (HMO) brinde los siguientes datos:			
Marque el plan en el que desea inscribirse: <input type="checkbox"/> Clarion Health (HMO) \$0 por mes			
Apellido:	Nombre:	Inicial 2 ^{do} Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: () ____ - ____	Número de teléfono alternativo: () ____ - ____
Dirección de residencia permanente:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es otra que la dirección de residencia permanente):			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto en caso de emergencia:	Número de teléfono:	Relación con usted:	
Dirección de correo electrónico:			

Brinde sus datos del seguro de Medicare	
Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.	Nombre (tal como figura en su tarjeta de Medicare): _____
<ul style="list-style-type: none"> Complete estos datos tal como figuran en su tarjeta de Medicare. 	Número de Medicare: _____
-O-	Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:
<ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o su carta del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board). 	HOSPITAL (Parte A): _____ HOSPITAL (Parte B): _____
	Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse a un plan Medicare Advantage.

© 2019 Clarion Health

Clarion Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clarion Health depende de la renovación de contrato.

Clarion Health cumple con las leyes federales sobre derechos civiles que aplican y no discrimina por cuestiones de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Pago de su prima del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar todos los meses por correo. También puede optar por pagar su prima todos los meses por débito automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de su prima del plan. Podrá solicitar que le debiten el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o que se facture directamente por Medicare o la RRB. **NO** pague a Clarion Health el monto IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Ayuda adicional* para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos con receta, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califican no estarán sujetos al período sin cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles 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 **800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800-325-0778**. También puede solicitar la ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la *Ayuda adicional* con los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de su prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, nosotros le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

Recibir una factura Débito automático de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Es posible que el débito del Seguro Social/RRB demore dos meses o más en iniciarse después de que el Seguro Social o la RRB aprueben dicho débito. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de débito automático, el primer débito del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débitos automáticos, nosotros le enviaremos una factura en papel de sus primas mensuales.)

Lea y responda estas importantes preguntas:

1. ¿Usted padece una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que demuestren que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos contactarnos con usted para obtener más información.
2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de este plan? Sí No
En caso afirmativo, indique cuál es la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:
Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de ID para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____
3. ¿Es usted residente en un centro de atención a largo plazo, como un centro de cuidados? Sí No
En caso afirmativo, brinde los siguientes datos:
Nombre de la institución: _____
Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____
4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No
En caso afirmativo, brinde su número de Medicaid: _____
5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No
6. Elija el nombre de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de nuestro Directorio de proveedores del plan.
Nombre: _____ PCP n.º: _____ Paciente actual
Dirección del consultorio: _____ Código postal: _____

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible: Español Braille Letra Grande

Comuníquese con Clarion Health al **844-824-8771** si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no estén aquí enumerados. El horario de atención es los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora local), del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Sin embargo, del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. cinco días a la semana. Los sábados, domingos y feriados federales deberá dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



ALTO - Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, unirse a este plan podría afectar sus beneficios médicos del empleador o sindicato. Si se une a Clarion Health, podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio de Internet o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay ningún dato sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrían ayudarlo.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acuerdo lo siguiente:

Clarion Health HMO es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener mis Partes A y B de Medicare. Puedo participar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez inscrito, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de todos los años) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Clarion Health (HMO) opera en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde operan estos planes, tendré que notificar al plan para que pueda cancelar la inscripción y encontrar un plan nuevo en mi nueva área. Cuando sea miembro de este plan, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Clarion Health (HMO) cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura bajo Medicare mientras están fuera del país, excepto cierta cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

Comprendo que desde la fecha en que comienza la cobertura de Clarion Health (HMO), debo obtener toda mi atención médica de Clarion Health (HMO), excepto los servicios de emergencia o de urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Clarion Health (HMO) y otros servicios que figuran en el documento de Evidencia de cobertura de Clarion Health (HMO) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del afiliado) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI CLARION HEALTH PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, operador u otra persona empleada por Clarion Health o con contrato con Clarion Health, es posible que a esa persona se le pague según mi inscripción en un plan de Clarion Health (HMO).

Divulgación de información: Al unirse a este plan médico de Medicare, comprendo que Clarion Health (HMO) dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes tal como sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones médicas. También reconozco que Clarion Health dará a conocer mi información, incluidos los datos sobre mis medicamentos con receta, a Medicare, quien puede darla a conocer con propósitos de investigación u otros motivos, en cumplimiento con todas las leyes y reglamentaciones federales. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si brindo información falsa intencionalmente 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 bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de una persona autorizada (tal como se describe anteriormente), esa firma certifica que 1) esa persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido a Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si es un representante autorizado, debe firmar a continuación y brindar los siguientes datos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ **Relación con la persona inscrita:** _____

Solo para uso interno

Firma del empleado/agente/operador: _____ N.º de ID del agente/operador: _____

Fecha aceptada: _____ Código de fuente: _____ Ubicación: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Período de elección: ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____

Complete esta sección para ayudar a determinar a qué período de elección califica

Generalmente, usted 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 afirmaciones detenidamente y marque la casilla con la afirmación que aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP por su sigla en inglés).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/____/____.
- Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el ____/____/____.
- Recientemente obtuve una condición de permanencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el ____/____/____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE.UU.
- Regresé a los EE.UU. el ____/____/____.
- Recientemente tuve un cambio en Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ____/____/____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare (recientemente obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el ____/____/____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en un centro de atención a largo plazo o acabo de retirarme de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados) el ____/____/____.
- Recientemente abandoné un programa PACE el ____/____/____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (cobertura similar a la de Medicare). Perdí la cobertura para medicamentos el ____/____/____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el ____/____/____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el ____/____/____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) pero perdí las necesidades especiales requeridas para formar parte del plan.
- Cancelé la inscripción en el SNP el ____/____/____.
- Fui víctima de un desastre importante o emergencia relacionada con el clima (tal como lo declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA). Una de las otras afirmaciones del presente aplica a mí, pero no pude realizar la inscripción debido al desastre natural.
- Ninguna de estas afirmaciones aplica a mí.

Si ninguna de las afirmaciones aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Clarion Health al **844-824-8771** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber si es elegible para inscribirse. Atendemos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.