

Instrucciones para la inscripción

En primer lugar, deberá completar información básica: nombre, número de teléfono, dirección y contacto en caso de emergencia:

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:			

Necesitará su tarjeta de Medicare para completar la información sobre su seguro en la sección inferior de la primera página:

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

En la segunda página, deberá seleccionar cómo pagará su prima del plan y deberá responder otras preguntas adicionales:

Pago de su prima del plan
<p>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.</p>

Lea toda la información detenidamente en la tercera página. Se requiere su firma en esta página:

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 envían 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.

La cuarta y última página determina para qué período de elección califica. Asegúrese de marcar las casillas y brindar las fechas requeridas:

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 ____/____/____.

¿Lo olvidó?

Recuerde tomar las cuatro (4) copias amarillas de este documento y guardarlas para sus registros.