

Nombre:	Apellido:	N.º de identificación del miembro: K
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:

Me gustaría agregar o eliminar beneficios suplementarios opcionales del Plan Medicare Advantage.

Seleccione todos los que correspondan:

Quiero agregar:

- Dental POS (**\$2,000 de límite anual**)
- Dental POS (**\$3,000 de límite anual**)
- Dental Indemnity Plan (**\$3,500 de límite anual**)

Quiero eliminar:

- Dental POS (**\$2,000 de límite anual**)
- Dental POS (**\$3,000 de límite anual**)
- Dental Indemnity Plan (**\$3,500 de límite anual**)

Integral	Integral y Preventivo
Choice Plan 3 (HMO-POS) y Flex Plan 3 (HMO-POS)	Flex Plan 2 (HMO-POS), Passage Plan 1 (HMO-POS) Choice Plan 1 (HMO-POS)
\$25 por mes con \$2,000 de límite anual — POS	\$39 por mes con \$2,000 de límite anual — POS
\$32 por mes con \$3,000 de límite anual — POS	\$49 por mes con \$3,000 de límite anual — POS
\$69 por mes con \$3,500 de límite anual — Indemnity	\$69 por mes con \$3,500 de límite anual — Indemnity

- Comprendo que estoy enviando esta solicitud para agregar o eliminar beneficios suplementarios opcionales.
¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensuales de la Administración del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB)? Sí No
- Reconozco que si no selecciono la deducción de la prima, recibiré una factura todos los meses.

Firma:	Fecha de presentación:
--------	------------------------

La fecha de entrada en vigencia de la inscripción y/o de la desinscripción es el primer día del mes posterior al mes en el que se recibió la solicitud.

ConnectiCare ofrece beneficios suplementarios opcionales por una prima del plan mensual adicional. Debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B). Los beneficios suplementarios opcionales están sujetos a los términos y condiciones especificados en su Evidencia de cobertura.

No se le permitirá cambiar entre cláusulas adicionales dentales durante el año calendario que no sea durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, siglas en inglés) del 1.º de enero al 31 de marzo. Se le permitirá inscribirse (en su cláusula adicional seleccionada originalmente) y cancelar la inscripción en cualquier momento durante el año.

Entiendo que el número de teléfono y/o el correo electrónico que proporcioné pueden ser usados por ConnectiCare o cualquiera de las partes contratadas para comunicarse conmigo por temas relacionados con mi cuenta, mi plan de beneficios de salud o programas relacionados, o por servicios que me brindaron.

Solo para uso interno

Fecha de entrada en vigencia propuesta:	Id. del agente:
---	-----------------

Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para Miembros al **800-224-2273 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado del 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.