

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

Me gustaría agregar o eliminar un beneficio suplementario opcional 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**)
- Plan dental de indemnización (**\$3,500 de límite anual**)

**Quiero eliminar:**

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

Servicios integrales	Servicios integrales y preventivos
Plan Flex 3 (HMO-POS)	Plan Flex 2 (HMO-POS) y plan Choice 1 (HMO-POS)
\$27 por mes con límite anual de \$2,000 — POS	\$39 por mes con límite anual de \$2,000 — POS
\$35 por mes con límite anual de \$3,000 — POS	\$49 por mes con límite anual de \$3,000 — POS
\$128 por mes con límite anual de \$3,500 — Indemnización	\$128 por mes con límite anual de \$3,500 — Indemnización

- 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, siglas en inglés) o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB, siglas en inglés)?  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 o de la cancelación 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.

**Los miembros nuevos pueden realizar una elección dentro de los primeros 3 meses de la inscripción en el plan. Los miembros existentes pueden cambiar entre cláusulas opcionales desde el 15 de octubre al 31 de marzo. Los miembros pueden eliminar/cancelar su inscripción a los beneficios suplementarios opcionales en cualquier momento durante el año.**

Al firmar arriba, acepto que ConnectiCare, sus representantes y terceros que actúan en su nombre puedan comunicarse conmigo en relación con, entre otras cosas, mi cobertura, los beneficios del plan, otros productos o servicios disponibles dentro de mi plan, pagos, recertificación o renovación, llamándome o enviándome un mensaje de texto al número de teléfono proporcionado anteriormente o a cualquier número de teléfono que proporcione junto con mi cobertura. Reconozco que estas llamadas y mensajes de texto pueden entregarse mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada. Puedo darme de baja en cualquier momento comunicándome con ConnectiCare.

Solo para uso interno

Fecha de entrada en vigencia propuesta:	Identificación del agente:
---	----------------------------

Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio de Atención a 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 al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre.