



Beneficio complementario opcional Formulario de incorporación/cancelación

Primer nombre:	Apellido:	Número de identificación del miembro K
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

Actualmente, estoy activo en los planes **ConnectiCare Passage (HMO)**, **ConnectiCare Choice (HMO)**, **ConnectiCare Flex (HMO-POS)**, **ConnectiCare Choice Parte B Saver (HMO)** o **ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)** y deseo incorporar o cancelar beneficios complementarios opcionales.

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deseo agregar Dental 1
(con límite anual de \$2,000) | <input type="checkbox"/> Deseo cancelar Dental 1
(con límite anual de \$2,000) |
| <input type="checkbox"/> Deseo agregar Dental 2
(con límite anual de \$3,000) | <input type="checkbox"/> Deseo cancelar Dental 2
(con límite anual de \$3,000) |

Primas mensuales de beneficio dental complementario opcional:

- Dental 1 \$29 y Dental 2 \$39 (Integral) – Choice Plan 2, Choice Plan 3, Flex Plan 3
- Dental 1 \$39 y Dental 2 \$49 (Integral) – Choice Dual Basic
- Dental 1 \$39 y Dental 2 \$49 (Integral y preventivo) – Choice Plan 1, Flex Plan 1, Flex Plan 2, Passage Plan 1
- Dental 1 \$33 y Dental 2 \$37 (Indemnización) – Choice Parte B Saver

Acepto que envío esta solicitud para incorporar o cancelar beneficios complementarios opcionales.

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensual del seguro social o de la RRB?

Sí No

Si usted no selecciona deducción de la prima, recibirá una factura mensual.

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

ConnectiCare ofrece beneficios complementarios opcionales por una prima mensual adicional del plan. Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que se la pague Medicaid u otro tercero). Los beneficios complementarios opcionales están sujetos a los términos y condiciones establecidos en su Evidencia de Cobertura.

Entiendo que el número de teléfono o la dirección de correo electrónico que he proporcionado podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, mi plan de beneficios para la salud o programas relacionados, o los servicios que me proporcionen.

Fecha de entrada en vigencia propuesta:	Fecha de envío:	N.º de identificación del agente:
---	-----------------	-----------------------------------

Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio de Atención al Cliente al **1-800-224-2273** (TTY: **711**), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.