

Nombre:	Apellido:	Número de id. de miembro: <b>K</b>
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:

Actualmente tengo activo el plan **ConnectiCare Passage (HMO)**, **ConnectiCare Choice (HMO)**, **ConnectiCare Flex (HMO-POS)** o **ConnectiCare Choice Part B Saver (HMO)** y deseo agregar y/o eliminar beneficios suplementarios opcionales.

Seleccione todos los que correspondan:

**Quiero agregar:**

- Dental 1 (con límite anual de \$2,000)
- Dental 2 (con límite anual de \$3,000)
- Dental 3 (con límite anual de \$3,500)

**Quiero eliminar:**

- Dental 1 (con límite anual de \$2,000)
- Dental 2 (con límite anual de \$3,000)
- Dental 3 (con límite anual de \$3,500)

**Primas mensuales del beneficio suplementario opcional dental:**

- Dental 1 \$29 y Dental 2 \$39 (PPO integral) - Choice Plan 2, Choice Plan 3, Flex Plan 3
- Dental 1 \$39 y Dental 2 \$49 (PPO integral y preventivo) – Choice Plan 1, Flex Plan 1, Flex Plan 2, Passage Plan 1, Choice Part B Saver
- Dental 3 \$39 (integral con indemnización y preventivo) – Choice Part B Saver, Choice Plan 1, Choice Plan 2, Choice Plan 3, Flex Plan 1, Flex Plan 2, Flex Plan 3, Passage Plan 1

Comprendo que estoy enviando esta solicitud para agregar y/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

Si no selecciona la deducción de la prima, recibirá una factura todos los meses.

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 complementarios 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.

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.

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

Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del Servicios para miembros al **800-224-2273** (TTY: **711**), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.