



Formulario para Agregar/ Eliminar beneficios complementarios opcionales

Nombre:	Apellido:	Número de id. de miembro: K
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

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

Seleccione todos los que correspondan:

- Quiero agregar la cobertura dental
- Quiero eliminar la cobertura dental

Primas mensuales del beneficio complementario opcional dental:

- \$29 (Integral) — Plan Passage 1, Plan Choice 2, Plan Choice 3, Plan Flex 3
- \$39 (Integral y preventiva) — Plan Choice 1, Plan Flex 1, Plan Flex 2

Comprendo que estoy enviando esta solicitud para agregar y/o eliminar beneficios complementarios opcionales.

¿Desea que la prima para este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensuales de la SSA o 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 paguen su prima de la Parte B). Los beneficios complementarios 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 EmblemHealth 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:
---	------------------------	-----------------

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. **ATENCIÓN:** Si usted habla otros idiomas, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-411-3625 (TTY/TDD: 711).

Y0026_128535 Aprobado 9/5/2019

CCI_MB_FRM_44349_SP_2020_MCare_Add-Drop_OSB 9/19