

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual para el plan Enhanced (HMO)

Para inscribirse en Texas Community Care, sírvase proporcionar la siguiente información:

Por favor, marque la casilla del plan en el cual desea inscribirse:

- Texas Community Care – Enhanced (HMO): condados de Anderson, Armstrong, Camp, Carson, Cherokee, Deaf Smith, Franklin, Freestone, Gregg, Hardin, Harrison, Henderson, Hopkins, Houston, Jefferson, Kaufman, Marion, Morris, Navarro, Oldham, Panola, Potter, Randall, Rusk, Shelby, Smith, Travis, Trinity, Upshur, Van Zandt, Williamson y Wood: \$28.30 mensuales

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2º Nombre: _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha Nacimiento: (__ / __ / ____) (Mes/Día/Año) Sexo: M F Número Telefónico de la Casa: () _____

Dirección de Residencia Permanente: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: (solo si es diferente a su dirección de residencia permanente) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número Telefónico: () _____ Relación: _____

Dirección Electrónica (E-mail): _____

- Sí No Me gustaría recibir información del plan vía e-mail. (Esto incluye información protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) y documentos requeridos por el Centro de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS).)

Sírvase proporcionar su información de seguro Medicare

Sírvase sacar su tarjeta Medicare para llenar esta sección.

- Sírvase llenar los espacios blancos de manera que igualen su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare

-O-

- Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Usted debe contar con Medicare Parte A y Parte B para poder afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Medicare



Health Insurance

SOLO MUESTRA

Nombre: _____

Número de reclamación de Medicare: _____ Sexo: _____

____ - ____ - ____

Tiene derecho a _____ Fecha de vigencia

HOSPITAL (Parte A) _____/____/____

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) _____/____/____

Cómo pagar su prima del plan:

Usted puede pagar su prima mensual del plan cada mes por correo, una Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito. Usted puede optar además por pagar su prima a través del descuento automático mensual de su cheque de beneficio del Seguro Social.

Las personas con ingresos limitados podrían calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus recetas médicas. Si califica, Medicare podría pagar 75% de los costos de medicamentos incluyendo primas mensuales de recetas médicas, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la brecha de cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener mayor información acerca de esta ayuda adicional, contacte su oficina local de Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Usuarios de TTY sírvanse llamar al 1-800-325-0778. Usted puede también postular vía Internet para recibir ayuda adicional en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para ayuda adicional con los costos de su cobertura de recetas médicas Medicare, Medicare pagará su prima del plan total o parcialmente. Si Medicare paga solo una porción de esta prima, le enviaremos una cuenta por la cantidad que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, usted recibirá una cuenta mensualmente.

Sírvase seleccionar una opción de pago de la prima:

Recibir una cuenta

Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) mensualmente de su cuenta bancaria. Sírvase incluir un cheque NULO (VOIDED) o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número routing del banco: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Corriente (Checking) Ahorros

Tarjeta de crédito Sírvase proporcionar la siguiente información:

Tipo de tarjeta: _____

Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: _____

Número de cuenta: _____

Fecha de expiración: ____/____ (Mes/Año)

Descuento automático de su cheque de beneficio mensual del Seguro Social. (El descuento del Seguro Social puede tardar dos meses o más para comenzar. En la mayoría de los casos, el primer descuento de su cheque de beneficio del Seguro Social incluirá todas las primas vencidas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta que el descuento comience.)

Por favor lea y responda las siguientes importantes preguntas:

1. ¿Padece usted de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)? Sí No

Si usted respondió "sí" a esta pregunta y usted ya no necesita diálisis regular, o si ha tenido un trasplante de riñón exitoso, **sírvase adjuntar una nota o los antecedentes** de su doctor mostrando que usted ya no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante de riñón exitoso.

2. Algunos individuos pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de Beneficios de Salud de Empleados Federales, beneficios de Veteranos (VA), o programas de asistencia farmacéutica estatal.

¿Tendrá usted otra cobertura de recetas médicas aparte de Texas Community Care? Sí No

Si respondió "sí", sírvase proporcionar el nombre de su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N° ID para esta cobertura: _____ N° de Grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es usted residente de un establecimiento de cuidado a largo plazo, como un hogar de reposo? Sí No

Si respondió "sí", sírvase proporcionar la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número telefónico de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está usted inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si respondió "sí", sírvase proporcionar su número Medicaid: _____

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

Sírvase seleccionar un Médico de Cuidado Primario (PCP) del Directorio de Proveedores:

Código de Proveedor del PCP: _____

Sírvase marcar una de las casillas a continuación si preferiría que le enviáramos información en un idioma que no sea español o en otro formato:

Inglés Otros idiomas: _____ Letra grande

Sírvase contactar Texas Community Care en el 1-800-573-8597 si necesita información en otro formato o idioma aparte de lo mencionado anteriormente. Nuestras horas de oficina son 8AM a 8PM, domingo a sábado. (Usuarios de TTY sírvanse llamar al 1-866-573-8591.)



¡PARE! Lea por favor esta importante información

Si usted cuenta actualmente con cobertura médica de un empleador o sindicato, afiliarse a Texas Community Care podría afectar los beneficios que recibe de su empleador o sindicato. Usted podría perder su cobertura de salud de empleador o sindicato si se afilia a Texas Community Care. Lea los comunicados que le envían su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su página Web, o contacte la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información respecto a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura pueden ayudar.

SÍRVASE LEER Y FIRMAR A CONTINUACIÓN

Al llenar esta solicitud de inscripción, yo estoy de acuerdo con lo siguiente:

Texas Community Care es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal.

Yo tendré que conservar mis Partes A y B de Medicare. Puedo estar afiliado a un solo plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud Medicare o plan de recetas médicas. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de recetas médicas que tenga o vaya a adquirir en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente por el año entero. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año cuando un período de inscripción esté disponible (por ejemplo: 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales, enviando una solicitud a Texas Community Care o llamando al 1-800-MEDICARE. Usuarios de TTY sírvanse llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día /7 días a la semana.

Texas Community Care sirve un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área servida por Texas Community Care, debo notificar el plan para poder desafiliarme y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Texas Community Care, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca de pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Texas Community Care cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para poder recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Yo entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertos bajo Medicare mientras estén fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Yo entiendo que a partir de la fecha en la que comienza la cobertura de Texas Community Care, yo debo recibir toda mi atención médica con Texas Community Care, a excepción de servicios de emergencia o urgentemente necesarios o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Texas Community Care y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Texas Community Care (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI TEXAS COMMUNITY CARE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.**

Yo entiendo que si estoy siendo asistido(a) por un agente de ventas, broker, u otro individuo empleado o contratado por Texas Community Care, él/ella puede ser remunerado(a) basado en mi inscripción en Texas Community Care. Servicios de consejería pueden estar disponibles en mi estado tanto para proporcionar consejos en relación a seguros suplementarios de Medicare u otras opciones de plan Medicare Advantage o de Recetas Médicas, como para asistencia médica a través del programa Medicaid del estado y del Programa de Ahorros de Medicare.

Liberación de Información : Al afiliarme a este plan de salud Medicare, yo reconozco que el plan de salud Medicare

liberará mi información a Medicare u otros planes mientras sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Texas Community Care liberará mi información incluyendo mis datos sobre eventos de recetas médicas a Medicare, el cual puede revelarlo para investigación y otros propósitos que sigan todos los estatutos y regulaciones Federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta en lo que a mi conocimiento concierne. Yo entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, seré desafiliado del plan.

Yo entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación bajo las leyes del estado en el cual resido) en esta solicitud significa que he leído y comprendido los contenidos de esta solicitud. Si es firmado por un individuo autorizado (como descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley del estado para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Texas Community Care o Medicare la solicitara.

Su firma: _____

Fecha de hoy: _____

Si usted es un representante autorizado, usted debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: (____) _____ - _____

Relación con el afiliado: Poder de abogado Guardián legal Otro _____

Solo para uso oficial:

Identificación de Lead:

Nombre del representante de ventas /agente:

Fecha de hoy: / /

Número de Escritura (Writing Number) del Rep./Agente: -

Nombre del funcionario (si asistió la inscripción):

Nº de identificación del Plan: _____ Día de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Como writing agent, yo declaro que he revisado la elegibilidad para el Plan de Necesidades Especiales Medicaid (SNP) presentada por el beneficiario. Iniciales del nombre _____