

Formulario de solicitud de cobertura individual

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en una cobertura Medicare Advantage. Para inscribirse en un plan médico, *debe cumplir los siguientes requisitos:*

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio de cobertura
- Ser residente de un asilo contratado por American Health Advantage of Texas

Importante: Para inscribirse en una cobertura de Medicare Advantage, también debe tener:

- la Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- la Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1.º de enero)
 - dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez
 - en ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de cobertura
- Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un seguro

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Aviso: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información a menos que se exhiba el número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimativos o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: *No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirán todos los artículos que recibamos que no sean sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descritos en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará a la aseguradora. Vea “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completado a la aseguradora.*

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan médico durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), la aseguradora debe obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su aseguradora le enviará una factura por la prima de cobertura. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

American Health Advantage of
Texas 201 Jordan Rd, Suite 200
Franklin, TN 37067

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a American Health Advantage of Texas al 1-855-521-0628. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-312-0046, o bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En Español: Llame a American Health Advantage of Texas al 1-855-521-0628/TTY 1-833-312-0046 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan médico al que desea inscribirse:

American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP) [H6891-001]: \$28.40 por mes

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____ / ____ / ____ __) Sexo: Hombre Mujer

Número de teléfono (____) _____ - _____

Dirección del domicilio permanente (no ingrese un apartado postal)

Calle:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Dirección postal *si es diferente a su domicilio permanente* (se permite un apartado postal)

Calle:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de American Health Advantage of Texas? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de asegurado para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura:

¿Reside en su hogar o en un hogar de vida asistida? Sí No

Si la respuesta es *sí*, ¿el estado en el que reside certificó que necesita el tipo de atención que generalmente se proporciona en un asilo? Sí No

¿Es residente o espera ser residente de un centro de atención médica a largo plazo o un hogar de vida asistida en la red de American Health Advantage of Texas durante más de 90 días? Sí No

Si la respuesta es *sí*, proporcione la siguiente información:

Nombre del centro: _____

Dirección del centro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en American Health Advantage of Texas.
- Al inscribirme a esta cobertura Medicare Advantage, acepto que American Health Advantage of Texas compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para dar seguimiento a mi cobertura, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la cobertura en el plan.
- Según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud de cobertura es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi cobertura.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de American Health Advantage of Texas, debo obtener todos mis beneficios médicos y de cobertura para medicamentos con receta de American Health Advantage of Texas. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por American Health Advantage of Texas y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de American Health Advantage of Texas (también conocido como contrato del asegurado o contrato del titular de la póliza). Ni Medicare ni American Health Advantage of Texas pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si el documento tiene la firma de un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta solicitud de cobertura.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los campos a continuación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Parentesco con el asegurado: _____

Uso administrativo únicamenteNombre del integrante del personal/agente/corredor de seguros (si recibió ayuda durante la solicitud de cobertura):

Número de cobertura: _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: ____/____/____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____

No cumple con los requisitos: _____

Section 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

¿Eres hispano, latino/a o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no de origen hispano, latino/a o español Sí, Mexicano, Mexicano Americano,
 Si puertorriqueño Chicano/a Sí, Cubano
 Sí, otro origen hispano, latino/a o español
 Elijo no contestar.

¿Cual es tu raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Indio Negro o Afroamericano
 Chino Filipino Guameño o Chamorro
 Japonés Coreano Nativo Hawaiano
 Otro asiático Otro isleño del Pacífico Samoano
 Vietnamita Blanco
 Elijo no contestar.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés Español
 Seleccione uno si quieres que te enviemos información en un formato accesible. Letra grande

Comuníquese con American Health Advantage of Texas al 1-855-521-0628 si necesita información en un formato accesible que no sea en letra grande.

Nuestro horario de oficina es:

1 de Octubre – 31 de Marzo
 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

1 de Abril – 30 de Septiembre
 8:00 am – 8:00 pm, Lunes – Viernes

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-312-0046.

¿Trabajas? Sí No

Tu esposa trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria, clínica o centro de salud:

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo todos los meses. También puede optar por pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguridad Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguridad Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a American Health Advantage of Texas la Parte D-IRMAA.

Seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura cada mes
 Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguridad Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguridad Social RRB

(La deducción del Seguro Social puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB lo aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.)

Si no se selecciona una opción de pago de prima arriba, la acción predeterminada será factura directa.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria.