



Comuníquese con Community Health Choice si necesita información en otro idioma o formato.

Para inscribirse en Community Health Choice (HMO D-SNP), proporcione la siguiente información:			
Debe estar inscrito en el programa Medicaid de Texas para ser elegible para este plan de prima cero.			
Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (___ / ___ / ___) (M M / D D / A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de casa: ()	Número de teléfono alternativo: ()
Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente): Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			
Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: () _____ Relación con usted: _____			
Dirección de correo electrónico: _____			
Proporcione la información del seguro de Medicare			
Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección. <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare. -O BIEN- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. 	Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare): _____ Número de Medicare: _____ Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia: COB. HOSPITALARIA (Parte A): _____ COB. MÉDICA (Parte B): _____ Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.		

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario o del Seguro Social (RRB) cada mes. Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le facturarán directamente. NO le pague a Community Health Choice la Parte D-IRMAA.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago premium:

- Obtenga una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No

Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, adjunte una nota o los registros del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Community? Sí No

Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ Núm. de identificación para esta cobertura: _____ Núm. de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

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

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

Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:

Español

Braille, cinta de audio o letra grande

Comuníquese con Community Health Choice al 713-295-5007 o al número gratuito 833-276-8306 si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el que se menciona arriba. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. En ciertos días festivos, su sistema telefónico automatizado atenderá su llamada. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Por favor lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a **Community Health Choice (HMO D-SNP)** podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se une a **Community Health Choice (HMO D-SNP)**. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Por favor lea y firme abajo

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Community Health Choice (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscribo, puedo abandonar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando hay un período de inscripción disponible (Ejemplo: 15 de octubre - 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Community Health Choice (HMO D-SNP) "Comunidad" sirve un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Community, debo notificar al plan para que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Community, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Community cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Community, debo obtener toda mi atención médica de Community, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Community y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Community (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI Community Health Choice (HMO D-SNP) PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Community, se le puede pagar en función de mi inscripción en Community.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que Community Health Choice (HMO D-SNP) "Community" divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que Community divulgará mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, que puede divulgarla para fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____

Relación con la persona inscrita: _____

Únicamente para uso oficial:

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción):

_____ Núm. de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

NPN #: _____

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, está certificando que, según su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé (insertar fecha) _____.
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Fui liberado el (insertar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (inserte la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) el (ingrese la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré a / fuera de las instalaciones el (inserte la fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha) _____.
- Estoy dejando la cobertura del empleador o sindicato el (inserte la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia provisto por mi estado.

- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Fui dado de baja del SNP el (inserte la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí se aplicaron a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Community Health Choice (HMO D-SNP) al 713-295-5007 o al número gratuito 833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) vea si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. En ciertos días festivos, su sistema telefónico automatizado atenderá su llamada.

