OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirte a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Residir en el área de servicio del plan.

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puedes unirte a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores a la obtención de Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los apartados de la Sección 1. Los apartados de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima. Puede optar por que el pago de la prima se deduzca de su cuenta bancaria o de su prestación mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completado y firmado a:
Verda Health Plan of Texas
Attn: Enrollment Dept.
P.O. Box 873
Coppell, TX 75019

Una vez que procesen tu solicitud de ingreso, se pondrán en contacto contigo.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Verda Health Plan of Texas al 1-877-933-6767. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

En español: Llame a Verda Health Plan of Texas al 1-877-933-6767/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques de la seguridad social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB El número de control para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para Revise las instrucciones, busque en los recursos de datos existentes, recopile los datos necesarios y complete y revise la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: 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 documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier documento que Los formularios que no se refieren a cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni reenviarán a la Plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

VERDA
HEALTH PLAN OF TEXAS

P.O. Box 873
Coppell, TX 75019
Fax de inscripción: (714) 845-9841

Sección 1 – Todos los apartados de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

Elige el plan en el que deseas inscribirte:

☐ Verda Noble Care Plan (HMO) – 001
$0 al mes
Condados de Fort Bend, Harris y Montgomery

☐ Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP)-002
$0 al mes
Condados de Fort Bend, Harris y Montgomery

☐ Verda Noble Care Plan (HMO) – 003
$0 al mes
Condados de Dallas, Collin, Denton y Tarrant

☐ Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP)-004
$0 al mes
Condados de Dallas, Collin, Denton y Tarrant

Nombre: Apellido: Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	Sexo:	Número de teléfono:
(__ __ /__ __ / ___ ___ ___ __)	☐ M ☐ F	( )

Dirección de residencia permanente (No ingrese un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, El apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad: Estado: Código postal: Condado:

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se permite apartado de correos):
Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare

Por favor, tenga a mano su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.

•Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

-O-

•Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare)

_____

Número de Medicare: __ __ __ __- __ __ __- __ __ __ __

HOSPITAL (Parte A): __ __ / __ __ / __ __ __ __

MÉDICO (Parte B): __ __ / __ __ / __ __ __ __

Para unirse a un plan Medicare Advantage, debe tener Medicare Parte A y Parte B.

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del Verda Health Plan of Texas? ☐Sí ☐No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

_____ _____ _____

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

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información: Número de identificación de Medicaid: _____

3. ¿Padece usted algún trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o diabetes? ☐Sí ☐No

*En caso afirmativo, complete el formulario de evaluación de requisitos previos a la inscripción que encontrará al final de este folleto.

Importante: Lea y firme a continuación:
•Debo mantener tanto la cobertura de Hospital (Parte A) como la de Servicios Médicos (Parte B) para permanecer en Verda Health Plan of Texas. •Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Verda Health Plan of Texas compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (véase la Ley de Privacidad). Declaración a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar inscripción en el plan. •Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA). Entiendo que, al comenzar mi cobertura con Verda Health Plan of Texas, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Verda Health Plan of Texas. Los beneficios y servicios proporcionados por Verda Health Plan of Texas y que figuran en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Verda Health Plan of Texas (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Verda Health Plan of Texas pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos. •La información contenida en este formulario de inscripción es correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionadamente en este formulario, seré dado de baja del plan. •Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este documento La solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada Representante (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 que acredita esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.
Firma: | Fecha de hoy:
<u>Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos apartados:</u> Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Parentesco con el inscrito: _____
Sección 2 – Todos los apartados de esta página son opcionales.
Responder a estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.
Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés. ☐ Español
Seleccione una de las opciones siguientes si desea que le enviemos la información en un formato accesible: ☐Braille ☐ Letra grande ☐CD de audio ☐CD de datos Comuníquese con Verda Health Plan of Texas al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato o idioma accesible diferente al mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
¿Trabajas?☐Sí ☐No | ¿Trabaja tu cónyuge? ☐Sí ☐No
Por favor, elija un médico de atención primaria PCP)*:_____ **Nombre del grupo médico/IPA de PCP:**_____ ID de PCP: _____ **¿Usted es paciente actual?** ☐Sí ☐No

Preferencias de entrega electrónica:

Correo electrónico: _____ Número de móvil (_____)_____-_____

Al proporcionar mi correo electrónico, acepto recibir comunicaciones y materiales del plan por medios electrónicos, cuando estén disponibles. Entiendo que Verda aún puede enviar ciertos materiales por correo. Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes automáticos y/o de texto con comunicaciones del plan. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Puedo darme de baja en cualquier momento llamando a Verda Health Plan of Texas.

Pago de las primas de su plan

Puedes pagar tus primas mensuales (incluidas las penalizaciones por inscripción tardía que tengas o debas actualmente) por correo postal cada mes.También puede optar por pagar su prima mediante un débito automático mensual de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).
Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Por favor, seleccione una opción de pago premium.

☐Reciba una factura ☐Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Recibo mis beneficios mensuales de: ☐Segurido Social ☐RRB

La deducción del Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria puede tardar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria aprueba su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su afiliación hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa con sus primas mensuales.

Si debe pagar un Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D, deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan.Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Verda Health Plan of Texas.

Para personas que ayudan al solicitante a completar este formulario únicamente

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, miembros de la familia u otros).

terceros) ayudando a un solicitante a completar este formulario.

☐IEP/ICEP ☐AEP☐OEP ☐SEP (tipo) _____

Nombre:_____Relación con el inscrito:_____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de entrada en vigor propuesta:_____(Requerido)

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los 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 de Seguridad Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema n.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si le corresponde. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, tiene los requisitos para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción podría ser cancelada.

☐ Soy nuevo en Medicare.

☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente salí de prisión. Fui liberado el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibí Ayuda Adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.

☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero unirme o cambiar a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan Integrado de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP)).

☐ Me estoy mudando, vivo o me mudé recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/dejaré el centro el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.

☐ Dejaré de estar cubierto por mi empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción
☐ Estoy inscrito en un programa estatal de asistencia farmacéutica que cumpla los requisitos, o estoy perdiendo la ayuda de un programa estatal de asistencia farmacéutica. ☐ Mi plan está finalizando su contrato con Medicare, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan. ☐ Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____. ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (insertar fecha) _____. ☐ Tengo una afección crónica que me da derecho al Plan de Necesidades Especiales para afecciones crónicas. (Solo C-SNP) ☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí mencionadas me aplicaba, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre. Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Verda Health Plan of Texas en 1-877-933-6767, los usuarios de TTY deben llamar al 711 para ver si son elegibles para inscribirse. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a 20:00, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a 20:00 de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Formulario de coordinación de la atención

Información para miembros

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Apellido *Nombre* *MI*

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Idioma hablado preferido:

☐ Inglés ☐ Español ☐ Cantonés ☐ Coreano ☐ Mandarín ☐ Tagalo ☐ Vietnamita ☐ Otro: ____

Información sobre el médico de atención primaria/grupo médico

Médico de cabecera (PCP) seleccionado con Verda Health Plan of Texas: _____

	SÍ	NO **
¿Es este el mismo PCP que el anterior a inscribirse en Verda?	☐	☐

Grupo Médico / IPA seleccionado con Verda Health Plan de Texas: _____

	SÍ	NO **
¿Es este el mismo Grupo Médico / IPA que el anterior a inscribirse con Verda?	☐	☐

** Si NO, ¿quién es el PCP y el Grupo Médico/IPA antes de inscribirse en Verda? _____
Teléfono: _____

Continuidad de la atención y los servicios

Por favor, infórmenos si tiene alguno de los siguientes problemas que le apliquen. La continuidad de la atención se evalúa caso por caso, y nuestro equipo de coordinación de la atención se comunicará con usted, según corresponda, para ayudarle con su atención.

☐ Necesidades inmediatas: alimentación, vivienda, acceso a medicamentos asequibles, etc.
☐ Actualmente hospitalizado
☐ Fase intermedia del tratamiento: quimioterapia, diálisis, atención médica domiciliaria, etc.
☐ Cirugía programada para los próximos meses.
☐ Equipos médicos duraderos
- ☐ Monitores continuos de glucosa (como Dexcom o FreeStyle Libre)
- ☐ Máquina CPAP ☐ Oxígeno ☐ Cama de hospital

Medicamentos

Por favor, proporcione una lista de medicamentos que antes requerían autorización previa o que no están en nuestra lista de fármacos.

Nombre del medicamento: _____ Dosificación: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosificación: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosificación: _____

Formulario de evaluación de requisitos previos a la inscripción

LEA ATENTAMENTE (Requerido solo para C-SNP): Para inscribirte en el Plan de Necesidades Especiales Crónicas de Verda Health Plan of Texas, debes tener una condición de salud crónica que califique. Cuando completes este formulario y lo envíes junto con una solicitud de inscripción, serás inscrito en el Plan C-SNP de Verda Health Plan of Texas. Después de que te inscribiste, verificaremos tu(s) condición(es) crónica(s). Si no podemos verificar tu condición, estaremos obligados a darte de baja de este Plan de Necesidades Especiales.

Su información

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Apellido *Nombre* *MI*

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____

Preguntas sobre enfermedades crónicas: (Si se marca alguna de las siguientes opciones, el solicitante cumple con los requisitos previos.)

¿Alguna vez tu médico te ha dicho que tienes alguna de las siguientes condiciones:

☐ Diabetes mellitus (nivel alto de azúcar en sangre)

☐ Insuficiencia cardíaca crónica (ICC, insuficiencia cardíaca congestiva, líquido en los pulmones, líquido en las piernas debido a una condición del corazón, etc.)

☐ Trastornos cardiovasculares: debe ser uno de los siguientes:

- Arritmias cardíacas (problema del ritmo cardíaco, latido irregular, problema eléctrico del corazón, etc.)
- Enfermedad de las arterias coronarias (arterias bloqueadas del corazón, stents cardíacos, infarto, etc.)
- Enfermedad vascular periférica (arterias bloqueadas en las piernas, mala circulación en las piernas, etc.)
- Trastorno venoso tromboembólico crónico (TVP, coágulos de sangre en las piernas o pulmones, etc.)

Preguntas adicionales

1. ¿Toma usted algún medicamento para las afecciones mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Está tomando o ha tomado alguna vez metformina o insulina? ☐ Sí ☐ No

Por favor, marque a continuación todos los medicamentos que toma actualmente o que ha tomado anteriormente:

☐ Metformin	☐ Janumet	☐ Insulin	☐ Lantus	☐ Lasix/Furosemide	☐ Plavix/Clopidogrel
☐ Glyburide	☐ Jardiance	☐ Humulin	☐ Levemir	☐ Bumex	☐ Xarelto
☐ Glipizide	☐ Tradienta	☐ Novolin	☐ Tresiba	☐ Aldactone	☐ Eliquis
☐ Actos	☐ Trijardy	☐ Novolog	☐ Ozempic	☐ Digoxin	☐ Coumadin
☐ Avandia	☐ Invokana	☐ Humalog	☐ Mounjaro	☐ Amiodarone	☐ Nitroglycerin
☐ Farxiga	☐ Invokamet	☐ Toujeo	☐ Trulicity	☐ Rhythmal	☐ Ranexa

Otros:

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

REQUERIDO Médico tratante actual

Nombre del proveedor: _____ DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

REQUERIDO Especialista actual (Si no tiene, escriba N/A)

Nombre del especialista: _____ DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Descargo de responsabilidad y firma

Autorización para la divulgación de información de salud para verificar afecciones crónicas:

Por la presente, autorizo a los proveedores mencionados anteriormente a divulgar mi información médica a Verda Health Plan para verificar que he sido diagnosticado con una afección crónica que me califica para inscribirme en un Plan de Necesidades Especiales de Verda. Esta autorización se aplica a toda la información médica que el proveedor mantiene sobre mi historial clínico relacionado con la(s) afección(es) crónica(s) indicadas anteriormente.

Nota: La información divulgada en virtud de esta autorización estará protegida por Verda Health Plan de conformidad con las leyes y los requisitos estatales y federales aplicables.

Inscrito Firma: _____ Fecha: _____