

Sección 1: debe completar todos los campos de esta página (a menos que esté marcado como opcional)			
Elija el plan al que desea inscribirse:			
<input type="checkbox"/> Verda Noble Care Plan (HMO) - 001 \$0 por mes Condados de Fort Bend, Harris y Montgomery	<input type="checkbox"/> Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP) -002 \$0 por mes Condados de Fort Bend, Harris y Montgomery		
Nombre:	Apellido:	Opcional: Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono: ()	Número de teléfono alternativo: ()
Dirección de vivienda permanente (no indique una casilla de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo, si es diferente de su dirección permanente (puede indicar una casilla de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Información de Medicare			
Utilice su tarjeta roja, blanca y azul para completar esta sección. •Complete con la información que aparece en su 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 de Empleados Ferroviarios.	Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare) _____ Número de Medicare: _____ - _____ - _____ HOSPITALARIA (Parte A): ____/____/_____ MÉDICA (Parte B): ____/____/_____ Para inscribirse a un plan Medicare Advantage, tiene que tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.		
Responda estas preguntas importantes:			
1. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Verda Health Plan of Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de miembro de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____			
2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", brinde la siguiente información: N.º de id. de Medicaid: _____			
3. ¿Tiene una enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Importante: Lea y firme más abajo

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en Verda Health Plan of Texas.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Verda Health Plan of Texas compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer 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 esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Verda Health Plan of Texas, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Verda Health Plan of Texas. Los beneficios y servicios proporcionados por Verda Health Plan of Texas y que figuran en el documento "Evidencia de Cobertura" de Verda Health Plan of Texas (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Verda Health Plan of Texas pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta representación (como se describe anteriormente) certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada en el marco de la ley estatal a completar esta inscripción.
 - 2) La documentación relacionada con esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme abajo y llene los siguientes datos:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el miembro: _____

Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará la cobertura si decide no responderlas.

1) ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Elija todo lo que corresponda.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

2) ¿Cuál es su raza? Elija todo lo que corresponda.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio (Asia) | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

3) Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible:

Braille Letra grande CD de audio

Si necesita información en un formato accesible o idioma que no aparece anteriormente, comuníquese con Verda Health Plan of Texas al 1-888-256-5123. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

4) Quiero que me envíen los materiales por correo electrónico. Sí No

Si respondió "Sí", escriba su correo electrónico. Correo electrónico: _____

5) ¿Trabaja? Sí No

6) ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Mencione su (médico de cuidado primario, PCP), clínica o centro: _____

Nombre del IPA/grupo del PCP: _____ **N.º de id. del PCP:** _____

¿Es paciente actualmente? Sí No

Pago de las primas de su plan

Puede pagar las primas mensuales (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tiene o debe actualmente) por correo todos los meses. **También puede pagar las primas todos los meses con deducción automática del beneficio de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

Si debe pagar un Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, este 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.

Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso los deducibles anuales, los coseguros y las primas mensuales de los medicamentos con receta. Además, quienes califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre este programa Ayuda Adicional comuníquese con su 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 la Ayuda Adicional en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si califica para el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de la prima, le enviaremos una factura por la cantidad que Medicare no cubre.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción para el pago de primas.

Recibir una factura

Deducción automática del cheque de beneficio del Seguro Social o la Junta de Jubilación

de Empleados Ferroviarios (RRB)

Recibo mis beneficios mensuales de: Seguro Social RRD

Es posible que la deducción del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios tarde dos o más meses para comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios acepta su solicitud para la deducción automática, la primera deducción del cheque

de beneficio incluirá todas las primas que debe desde la fecha de entrada en vigor de la inscripción hasta el momento en el que comienza la retención. Si el Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios no aprueba su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.

Información del agente/intermediario

IEP/ICEP AEP OEP SEP (tipo) _____

Nombre del agente/intermediario (si le ayudó en la inscripción): _____

Nombre de la agencia general (GA) (si corresponde): _____

Firma del agente/intermediario (si le ayudó en la inscripción): _____

Número de productor nacional (NPN): _____ Fecha de recepción de la solicitud:

Fecha de vigencia propuesta: _____

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare con el fin de llevar un registro de la inscripción de beneficiarios de los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado de la salud y pagar los beneficios de Medicare.

Las Secciones 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

<input type="checkbox"/> Lisinopril	<input type="checkbox"/> Ramipril	<input type="checkbox"/> Carvedilol	<input type="checkbox"/> Hidralazina y dinitrato de isosorbida	<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida
-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------------------	--

Otro:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médicos de cuidado primario

Nombre del proveedor: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Especialista

Nombre del especialista: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Descargo de responsabilidad y firma

Autorización para la divulgación de información médica para corroborar las afecciones crónicas:

Por la presente, autorizo la divulgación de información médica personal por parte de los proveedores mencionados anteriormente a Verda Healthcare a fin de corroborar que tengo un diagnóstico de una afección crónica por la cual cumplo con los requisitos para inscribirme en un Plan para Personas con Necesidades Especiales. Esta autorización se aplica a toda la información de salud en poder del proveedor sobre mi historial médico para las afecciones crónicas indicadas anteriormente.

Nota: Verda Healthcare protegerá la información que se divulga en virtud de esta autorización de acuerdo con las leyes y los requisitos estatales y federales correspondientes.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, solo puede inscribirse a un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. En algunos casos excepcionales, existe la posibilidad de inscribirse a un plan Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración corresponde a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple con los requisitos de un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Fui liberado recientemente de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos en (escriba la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en Medicaid (comencé a recibir Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en el programa Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (comencé a recibir el programa Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel del programa Ayuda Adicional o perdí el beneficio de Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda con mis pagos mensuales de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia o un centro de cuidado a largo plazo), vivo en uno o recientemente me mudé de uno. Me mudé o me mudaré al centro, o salí o saldré del centro el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente dejé el programa PACE el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Soy parte de un programa de ayuda farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- Estaba inscrito en el Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la clasificación de necesidades especiales exigida para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP terminó el (escriba la fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia climática o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones de aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe natural. Especifique lo siguiente:
 - Emergencia climática o catástrofe grave: _____
 - Período de elección que perdió: _____

Si ninguna de estas declaraciones es adecuada para usted o no está seguro, comuníquese con Verda Health Plan of Texas, Inc. al 1-888-256-5123, los usuarios de TTY deben llamar al 711, para saber si cumplen los requisitos para inscribirse. Los