

Formulario de verificación de derechohabientes con discapacidad TAMUS 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)SM

Información de la persona jubilada	
Nombre de la persona jubilada:	N.º de identificación/UIN de la persona jubilada:

Complete la siguiente información sobre el derechohabiente con discapacidad:

<input type="checkbox"/> 65 Plus Medicare Advantage Plan (PPO)	Empleador: The Texas A&M University System
---	--

APELLIDO del derechohabiente: NOMBRE del derechohabiente: Inicial del segundo nombre:	N.º de grupo: PTX00024
---	------------------------

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	---

Número de teléfono particular: (_____) _____ - _____	Número de teléfono alternativo: (_____) _____ - _____
--	---

Dirección del domicilio permanente (no se permiten direcciones de apartados postales):

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

Dirección postal (únicamente si es diferente a la de su domicilio permanente):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal: _____
------------	---------	---------	----------------------

Proporcione la información del seguro de Medicare del derechohabiente con discapacidad:

<p>Tenga a la mano la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare del derechohabiente para rellenar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rellénela con la información tal como aparece en la tarjeta de Medicare del derechohabiente. <p>- Y -</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios del derechohabiente. <p>Para solicitar una cobertura Medicare Advantage, el derechohabiente con discapacidad debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare.</p>	Nombre del derechohabiente (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
	Número de Medicare del derechohabiente: _____
	Fecha de entrada en vigor de lo siguiente: SEGURO DE HOSPITAL (Parte A) _____
	SEGURO MÉDICO (Parte B) _____

APELLIDO del derechohabiente:	NOMBRE del derechohabiente:
-------------------------------	-----------------------------

Lea y responda estas preguntas importantes requeridas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés):

1. ¿Es el derechohabiente con discapacidad residente de un centro de atención médica a largo plazo, como un asilo?

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):

2. ¿Está el derechohabiente con discapacidad asegurado en virtud del programa Medicaid de su estado?

Sí No Si la respuesta es **sí**, proporcione el número de Medicaid de su derechohabiente:

APELLIDO del derechohabiente:

NOMBRE del derechohabiente:

Lea y firme a continuación:

Divulgación de información:

Al unirme a esta cobertura médica de Medicare, acepto divulgaré mi información a Medicare y a otras aseguradoras, según sea necesario, por motivos de tratamiento, realización de pagos y funciones relacionadas con la atención médica. También reconozco que Blue Cross Group Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare, incluida la información sobre mis medicamentos con receta, quien a su vez puede divulgarla para propósitos de investigación, entre otros, de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales aplicables. 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 proporcionar mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que **1**) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta solicitud de cobertura y **2**) la documentación de la autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

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

Si usted es el representante autorizado, debe firmar la sección anterior y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el solicitante:

ENVÍE EL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO O POR CORREO POSTAL UTILIZANDO LOS SIGUIENTES DATOS:

The Texas A&M University System
Attn: Benefits Administration
301 Tarrow St., 5th Floor
College Station, TX 77840
Correo electrónico: employeebenefits@tamus.edu

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura PPO. HCSC es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura depende de la renovación del contrato.

APELLIDO del derechohabiente:	NOMBRE del derechohabiente:
-------------------------------	-----------------------------