



NUEVA INSCRIPCIÓN

Instrucciones del formulario de aplicación

Existen dos formas de completar la aplicación de inscripción de la Ciudad de Houston:

1. En línea (más rápido, más seguro, preferido)
2. Por correo

Recuerde completar el formulario en su totalidad. Esto incluye no solo la sección médica, sino también las selecciones dentales y de la vista y cualquier información de dependientes.

Inscripción en línea

1. Enlace directo al formulario rellenable de inscripción en PDF:
https://www.houstontx.gov/hr/hrfiles/benefits/form_oe_medicare.pdf
2. Llene la aplicación. Una vez completada, guárdela en su computadora.
3. Envíe el formulario: Visite http://houstontx.gov/hr/benefits/sdsubmission_form.html
4. Portal seguro de envío de documentos
 - a. En esta página, usted deberá ingresar su información personal, seleccionar **Inscripción de Medicare Advantage** como el código de motivo y cargar su documento desde su computadora. También puede ingresar un mensaje en la sección de notas según sea necesario.

También puede visitar http://www.houstontx.gov/hr/benefits/retiree_medicare.html para conocer más información sobre jubilados en la Ciudad de Houston.

Solicitud de inscripción por correo

Complete, feche y firme el Formulario de Elección de la Ciudad de Houston adjunto.

Envíe por correo a:

División de Beneficios de la Ciudad de Houston

Atte: Medicare Advantage

611 Walker, 4to piso

Houston, TX 77002

Por favor llame a KelseyCare Advantage al 713-442-2COH (2264) si tiene alguna pregunta.

Formulario de Inscripción a un Plan Medicare

Formulario de inscripción universal a beneficios de la ciudad de Houston para jubilados/sobrevivientes elegibles para Medicare



611 Walker, 4to Piso, TX 77002 | 832-393-6000

retireebenefits@houston.tx.gov | cityofhoustonbenefits.org

Envíe el formulario completo al Portal Seguro de Documentos en houston.tx.gov/hr/benefits/sdsubmission_form.html

Imprima o escriba solo con tinta azul o negra			
ID de empleado	Sistema de pensión <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Bombero <input type="checkbox"/> Policía	Número de contacto	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Primer nombre	Apellido	Inic. Seg.	Nombre
---------------	----------	------------	--------

Dirección (Marque la casilla si cambió de dirección)	Dept. Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
--	------------	--------	--------	---------------	---------

Marque la casilla si prefiere que le enviemos información en letra grande.

A. Complete lo siguiente para cada persona que estará cubierta por un plan City Medicare Advantage. Seleccione un plan para usted y cada dependiente elegible. Si una persona cubierta no tiene las Partes A y B de Medicare, complete la Sección F de este formulario para continuar con su cobertura en un plan de salud de Empleado Activo.

Excluirme: Entiendo que puedo volver a inscribirme en el futuro durante la Inscripción Abierta, o si tengo un Evento de Vida que califique.
 Médico Dental Visión

Planes Medicare Advantage (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Aetna Basic PPO <input type="checkbox"/> Aetna Premiere ESA PPO <input type="checkbox"/> KelseyCare Advantage HMO	Nivel de cobertura médica (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente solamente <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + Cónyuge <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + Hijo(s) <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + Familia
--	--

Planes Dental y de la Visión Complete lo siguiente para cada persona que estará cubierta por un plan dental y/o de la visión de la ciudad. Seleccione un plan para usted y cada dependiente elegible. Solo puede seleccionar estos planes si estaba inscrito en el momento de la jubilación.

Planes Dentales (seleccione uno): <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO	Nivel de cobertura de la visión (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente solamente <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + Cónyuge <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + Hijo(s) <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + Familia
Nivel de cobertura dental (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente solamente <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + 1 dependiente <input type="checkbox"/> Jubilado/Sobreviviente + 2 o más dependientes	

Relación con el miembro	Apellido, Nombre, Inic. seg. nombre	Género (M or F)	Médico (agregar o cancelar)	Dental (agregar o cancelar)	Visión (agregar o cancelar)	Fecha de nacimiento	Núm. Seguro Social
Mismo/Jubilado							

B. Información de Medicare - Jubilado	
<p>Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. <p style="text-align: center;">O</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social. 	<p>Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha efectiva: _____</p> <p>HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p> <p>Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage de la ciudad de Houston.</p>

C. Preguntas relacionadas con Medicare - Jubilado

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja su cónyuge?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Se volvió usted elegible para Medicare debido a ESRD y han pasado menos de 30 meses desde que se volvió elegible? Si es así, Medicare Advantage será su cobertura secundaria durante los primeros 30 meses del período de coordinación.</p> <p>En caso afirmativo, proporcione el nombre de su proveedor de cobertura comercial anterior: _____</p> <p>Número de miembro: _____ Fecha efectiva: _____</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se canceló su póliza anterior? En caso afirmativo, proporcione la fecha de terminación: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: _____</p> <p>En caso afirmativo, ¿Pagará Medicaid las primas de su póliza Medicare Advantage seleccionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibe usted algún beneficio de Medicaid QUE NO SEAN pagos para su prima de la Parte B de Medicare?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además del plan Medicare Advantage seleccionado anteriormente? En caso afirmativo, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:</p> <p>Nombre de otra cobertura: _____ ID#: _____ Grupo #: _____</p>

B. Información de Medicare - Dependiente

<p>Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. <p style="text-align: center;">O</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social. 	<p>Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha efectiva: _____</p> <p>HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage de la ciudad de Houston.</p>
---	---

C. Preguntas relacionadas con Medicare - Dependiente

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja su cónyuge?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Se volvió usted elegible para Medicare debido a ESRD y han pasado menos de 30 meses desde que se volvió elegible? Si es así, Medicare Advantage será su cobertura secundaria durante los primeros 30 meses del período de coordinación. En caso afirmativo, proporcione el nombre de su proveedor de cobertura comercial anterior: _____</p> <p>Número de miembro: _____ Fecha efectiva: _____</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se canceló su póliza anterior? En caso afirmativo, proporcione la fecha de terminación: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: _____</p> <p>En caso afirmativo, ¿Pagará Medicaid las primas de su póliza Medicare Advantage seleccionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibe usted algún beneficio de Medicaid QUE NO SEAN pagos para su prima de la Parte B de Medicare?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además del plan Medicare Advantage seleccionado anteriormente? En caso afirmativo, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:</p> <p>Nombre de otra cobertura: _____ ID#: _____ Grupo #: _____</p>

F. Divulgaciones

Plan KelseyCare Advantage

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

- Debo mantener tanto la cobertura de Hospital (Parte A) como la Médica (Parte B) para permanecer inscrito en KelseyCare Advantage.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que KelseyCare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- 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 cancelará mi inscripción en el plan.
- 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 cuando comience mi cobertura de KelseyCare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de los proveedores de la red de KelseyCare Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por KelseyCare Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de KelseyCare Advantage (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni KelseyCare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma o iniciales (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe arriba), 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 bajo pedido de Medicare.

Pago de su multa por inscripción tardía (LEP). Si debe una multa por inscripción tardía, usted puede pagar todos los meses la multa que tiene actualmente o puede adeudar por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito. También puede optar por pagar su prima cada mes extrayéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), usted debe pagar este monto en adición a la prima de su plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o usted puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a KelseyCare Advantage la Part D-IRMAA.

Planes Aetna Basic y Premiere

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: Aetna Medicare es un plan PDP, HMO, PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Tendré que mantener mi cobertura de las 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 terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Si me estoy inscribiendo en un plan Medicare Advantage sin cobertura de medicamentos recetados (solo beneficios médicos), entiendo que si no tengo una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura válida de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año si hay un período de inscripción disponible o bajo ciertas circunstancias especiales. El plan Aetna Medicare Advantage presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan Aetna Medicare Advantage, debo notificar al plan y a mi antiguo empleador / sindicato / fideicomiso para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del plan Aetna Medicare Advantage, 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 Aetna 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. Mi inscripción también puede ser cancelada si no pago ninguna prima del plan correspondiente dentro del período de gracia. La fecha de vigencia de la cancelación de la inscripción está de acuerdo con los requisitos federales. Planes HMO: Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura del plan Aetna Medicare Advantage, debo obtener toda mi atención médica del plan Aetna Medicare Advantage, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por el plan Aetna Medicare Advantage y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de Cobertura del plan Aetna Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI EL PLAN AETNA MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS. Planes PPO: Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura del plan Aetna Medicare Advantage, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Entiendo que puedo acudir a médicos, especialistas u hospitales dentro o fuera de la red. Entiendo que los proveedores deben tener licencia y ser elegibles para recibir pagos bajo el programa federal de Medicare y estar de acuerdo con aceptar el plan PPO. También entiendo que es posible que deba pagar más por los servicios que recibo fuera de la red. Los servicios autorizados por el plan Aetna Medicare Advantage y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de Cobertura del plan Aetna Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización cuando el plan lo requiera, NI MEDICARE NI EL PLAN MEDICARE ADVANTAGE DE AETNA PAGARÁN LOS SERVICIOS. Se me recomendó que no cancele ningún seguro complementario que tenga actualmente hasta que reciba una notificación por escrito de mi fecha de vigencia confirmada de Aetna. Entiendo que los proveedores de la red de Aetna son contratistas independientes en la práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna o sus afiliados. Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por los planes Medicare Advantage de Aetna, es posible que se le pague según mi inscripción en el plan Medicare Advantage de Aetna. Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare 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 Aetna Medicare divulgará mi información a Medicare, incluyendo mis datos de medicamentos recetados, quien puede divulgarla para investigación y otros propósitos que sigan todos los estatutos y regulaciones 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 cancelará mi inscripción en el plan. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) documentación de esta autoridad está disponible bajo pedido de Medicare.

G. Planes médicos que no son elegibles para Medicare (seleccione uno)

Si una persona cubierta no tiene las Partes A y B de Medicare, complete lo siguiente para continuar con su cobertura en un plan de salud de Empleado Activo.

<input type="checkbox"/> Plan de salud orientado al consumidor de Cigna	<input type="checkbox"/> Plan de red limitada de Cigna <input type="checkbox"/> Kelsey-Seybold <input type="checkbox"/> Village Family Practice <input type="checkbox"/> Renaissance	<input type="checkbox"/> Acceso abierto a Cigna
---	---	---

Relación con el miembro	Apellido, Nombre, Inic. seg. nombre	Género (M o F)	Médico (agregar o cancelar)	Dental (agregar o cancelar)	Visión (agregar o cancelar)	Fecha de nacimiento	Núm. Seguro Social	Consumidor de tabaco*
Mismo/Jubilado								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>

Nota: Un dependiente elegible es un cónyuge legal y cualquier hijo (natural, adoptado, adoptivo, nieto, hijastro, un hijo del que usted es tutor legal y/o tiene obligaciones de manutención legal) que sea su dependiente para fines del impuesto federal sobre la renta, reside con usted (excepto en el caso de una orden judicial), y es menor de 26 años. Un dependiente puede ser su hijo que tiene 26 años o más, principalmente apoyado por usted e incapaz de un empleo autosuficiente por motivos mentales o discapacidad física o minusvalía que surgió mientras el niño estaba cubierto como dependiente bajo este Plan, o mientras estaba cubierto como dependiente bajo un plan anterior de la Ciudad sin una interrupción en la cobertura. La prueba de la condición y la dependencia del niño debe presentarse dentro de 31 días posteriores a los que el niño o los niños dejen de calificar.

* Descuento por no consumir tabaco: Si usted y/o sus dependientes no consumen productos de tabaco, califica para el descuento mensual por no consumir tabaco de \$35 por no fumador. Si usted y/o cualquiera de sus dependientes están indicados arriba como consumidores de tabaco, no será elegible para el descuento por no consumir tabaco. Al inscribirse y participar en un programa para dejar de fumar/tabaco, usted puede ser elegible para el descuento mensual para no fumadores de \$35 por participante. Para ser elegible para el descuento, los usuarios de tabaco previamente indicados en cualquiera de los planes médicos de la Ciudad de Houston deben participar en un programa para dejar de fumar. Los programas para dejar de fumar/usar tabaco deben ser facilitados o validados por la Ciudad de Houston.

H. Autorizaciones de la ciudad de Houston

Este documento refleja información a la fecha indicada en este documento. No hay ninguna promesa, garantía o derecho adquirido para acceder a la cobertura de atención médica o una asignación de prima. En la medida en que lo permita la ley o un acuerdo entre la Ciudad de Houston y una asociación de empleados reconocida como el agente negociador exclusivo para los empleados cubiertos, la Ciudad de Houston tiene la discreción de enmendar, suspender o rescindir el plan de atención médica en cualquier momento.

Soy un jubilado o sobreviviente de la Ciudad de Houston, elegible para participar en el Plan Medicare Advantage de la Ciudad de Houston. Solicito realizar las elecciones de cobertura anteriores y entiendo que la información que he proporcionado es parte de mi solicitud. La Ciudad de Houston puede confiar en todas las declaraciones hechas por mí; Si se determina que la información que he proporcionado es materialmente incorrecta, es posible que se niegue mi cobertura. Entiendo que si tanto yo como mi cónyuge trabajamos (o trabajábamos) para la Ciudad de Houston, es posible que yo tenga cobertura como empleado/jubilado o como dependiente, pero no ambos. Los dependientes pueden inscribirse con un solo padre o tutor.

Acepto que, si adquiero otra cobertura fuera de la ciudad de Houston, o si he incluido dependientes no elegibles, puedo incurrir en una multa monetaria y/o mi cobertura puede ser cancelada. Entiendo que debo notificar a la Ciudad cuando adquiera otra cobertura fuera de los planes de la Ciudad y cuando tenga un dependiente no elegible.

Las contribuciones se pagan con un mes de anticipación. Si opta por no participar o realiza un cambio de plan o nivel al final del mes, usted será elegible para un reembolso por las contribuciones ya pagadas.

Autorizo al Sistema de Pensiones a deducir de mi cheque de pensión mi parte de las contribuciones a su vencimiento.

Autorizo a cualquier proveedor del plan Medicare Advantage a divulgar al administrador del plan información relacionada con las personas especificadas en esta solicitud.

Autorizo a cualquier proveedor médico, dental o de la vista a divulgar al administrador del plan información relacionada con las personas especificadas en esta solicitud.

Fecha	Número de contacto	Firma
-------	--------------------	-------