



**Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP)  
Programa de Asistencia de Seguros de Texas-PLUS (TIAP-PLUS)  
Acuerdo de Cliente**

**Instrucciones**

El solicitante o la persona que lo ayuda debe completar este formulario al solicitar el programa THMP TIAP-PLUS.

**Certificación Requerida**

Seleccione la casilla de verificación (Obligatorio)

☐ Solicitando Asistencia de THMP TIAP-PLUS      ID del Cliente:

Acuerdo de Cliente de TIAP-PLUS

Al elegir solicitar asistencia de THMP TIAP-PLUS (según lo indicado en la casilla), yo o la persona que está ayudando al solicitante autorizo, mediante mi firma a continuación, que el programa de THMP realice el pago inicial del seguro médico a mi nombre para completar el proceso de inscripción en la póliza del plan de salud. El pago inicial es la prima de seguro médico inicial que se debe pagar a un plan de salud para comenzar la cobertura bajo la póliza seleccionada. Entiendo que THMP TIAP-PLUS no es responsable ni tiene obligación alguna por pagos atrasados, cargos por mora y/o la cancelación de mi póliza de salud por no realizar el pago inicial a tiempo.

- Entiendo que para que se realice un pago inicial a mi nombre, debo tener elegibilidad activa en el programa.
- Si soy elegible, aceptaré el Crédito Fiscal Anticipado para Primas (APTC) completo para ayudar a pagar mi prima de seguro.
- Si califico para reducciones de costos compartidos (CSR), aceptaré un plan de nivel plata.
- Me inscribiré en un plan de seguro de salud aprobado por el programa THMP TIAP-PLUS.
- Acepto surtir todas mis recetas en una farmacia participante de Ramsell. Ramsell ayuda a procesar los pagos de los medicamentos recetados en la farmacia.
- Acepto usar la tarjeta de copago de Ramsell para pagar los copagos de mis recetas. Entiendo que, si no lo hago, podría perder la asistencia con el pago de la prima que me brinda THMP.

- Acepto contactar a THMP en caso de un pago en exceso o insuficiente por parte de la compañía de seguros.
- Acepto contactar a THMP si hay un cambio en mi compañía de seguros, si mi seguro termina, si mis ingresos cambian o si el monto de mi prima cambia.
- Acepto enviar a THMP un estado de cuenta de la prima que incluya mi información de cuenta, la dirección de facturación y el monto de la prima. Entiendo que el estado de cuenta de la prima debe enviarse a THMP tan pronto como lo reciba.

### **Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
(Nombre Impreso del Solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Solicitante)

\_\_\_\_\_  
(ID del Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Firma)

### **Firma del Ayudante Designado**

\_\_\_\_\_  
(Nombre Impreso del Ayudante Designado)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Ayudante Designado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de firma)