



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A TEXAS INDEPENDENCE HEALTH PLAN

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

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

Visite [Medicare.gov](https://www.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 roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

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

Recordatorios:

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es alrededor de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos 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 punto con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Validación de Informes de la PRA. Todos los puntos recibidos que no estén relacionados con la mejora de este formulario o la recopilación de datos (indicada en el documento OMB 0938-1378) serán descartados. No se conservarán, revisarán, ni se remitirán al plan. Consulte “¿Qué sucede luego?” en esta página para enviar el formulario completo al plan.

- Si desea inscribirse en un plan durante la 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 del plan. Puede elegir registrarse para que los pagos de las primas se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Texas Independence Health Plan
1908 N. Laurent Ste. #250
Victoria, TX 77901

Una vez que se procese su solicitud, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Texas Independence Health Plan al

1-833-471-8447. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

En español: Llame a Texas Independence Health Plan al 1-833-471-8447 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente, una casilla de correo, la dirección de un refugio o de una clínica, o la dirección en la que recibe correos (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

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

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP)
\$28.40 al mes

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo apellido:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

(__ / __ / ____)

Sexo:

Masculino Femenino

Teléfono:

()

Dirección de residencia permanente (no ingrese casilla de correo):

Ciudad:

País:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta casilla de correo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

____ - ____ - ____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tiene otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Texas Independence Health Plan?

Sí No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

¿Es residente en un centro de cuidados a largo plazo? Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y teléfono de la institución (número y calle): _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Texas Independence Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o en el plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Texas Independence Health Plan comparta mi información con Medicare, que puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar 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 este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan concluirá automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience la cobertura de Texas Independence Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Texas Independence Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Texas Independence Health Plan y contenidos en mi documento de “Evidencia de cobertura” de Texas Independence Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Texas Independence Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se me cancelará la inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (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 a solicitud de Medicare.

Firma:**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Es su elección si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

¿Es usted hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

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

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o nativo de Alaska | | |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otros grupos asiáticos | <input type="checkbox"/> Otras isleños del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Guamano o chamorro | <input type="checkbox"/> Elijo no responder. |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | |

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande

Comuníquese con Texas Independence Health Plan llamando al 1-833-471-8447 si necesita información en un formato accesible que no sea el indicado arriba. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447.

¿Trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

- Evidencia de cobertura (EOC) Directorio de proveedores Directorio de farmacias Tarjeta de identificación

Dirección de correo electrónico: _____

Sección 2, continuación – Todos los campos de esta página son opcionales

Es su elección si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Pago de sus primas mensuales del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o deba) por correo cada mes. **También puede elegir pagar la prima mediante el descuento automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un importe ajustado mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El importe suele descontarse de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague la Parte D-IRMAA de Texas Independence Health Plan.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura cada mes.
- Descuento automático de su cuenta bancaria del beneficio mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(El descuento del Seguro Social puede demorar dos o más meses en aplicarse después de que el Seguro Social o la RRB apruebe el descuento. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de descuento automático, el primer descuento de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar la información de la inscripción de los beneficiarios de Medicare tal como se especifica en la Notificación del Sistema de Registro (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Solo para uso administrativo:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si le ayudaron a inscribirse): _____

N.º de ID del plan _____ Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (Tipo): _____ No elegible: _____

Si el formulario se completó en un evento de comercialización,
complete con el número de ID del evento: _____