



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN TEXAS INDEPENDENCE HEALTH PLAN

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage o en el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en nuestra área de servicio

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

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

Importante: Para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, debe tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

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

Visite 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 de la tarjeta Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente y el número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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 promedio necesario para completar esta recopilación de información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba 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 artículo que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o el tiempo de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué pasa después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorio:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de 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 la factura de la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo a:

Texas Independence Health Plan
1908 N Laurent Street, Suite 250,
Victoria, TX 77901

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

¿Dónde pido ayuda para completar el formulario?

Llame a Texas Independence Health Plan al 1-833-471-8447. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe la correspondencia (por ejemplo, cheques de seguridad social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Sección 1 - Todos los campos en 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)
\$4.80 por mes
- Texas Independence Health Community Plan (HMO I-SNP)
\$4.80 por mes

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Sexo: Masc. Fem. Número de teléfono:
(/ / -)

Número y calle de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

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

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Texas Independence Health Plan?

Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro de esta cobertura: Número de grupo de esta cobertura:

¿Es residente de un centro de

Sí No

Si responde “sí”, dé la siguiente información:

Now, add the `get` method to the `Customer` class:

Dirección (número y calle) y teléfono del centro:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en Texas Independence Health Plan.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que Texas Independence Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear 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 o Parte D a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Texas Independence Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Texas Independence Health Plan. Los beneficios y servicios ofrecidos por Texas Independence Health Plan e incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Texas Independence Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Ni Medicare ni Texas Independence Health Plan pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario es correcta. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la solicite.

| | |
|--|--------------------------|
| Firma: | Fecha de hoy: |
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos: | |
| Nombre: | Dirección: |
| Número de teléfono: | Relación con el miembro: |

Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si desea que le envíemos información en un idioma distinto al inglés.

Español

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

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con Texas Independence Health Plan al 1-833-471-8447 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican anteriormente. El horario de atención 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 pueden llamar al 1-833-414-8447.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una opción 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 sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Cómo pagar la prima mensual del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo cada mes. **También puede elegir pagar la prima de su plan con débito automático del monto de la prima de su cheque mensual del beneficio del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso para la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto extra además de la prima del plan. NO pague la Parte D-IRMAA a Texas Independence Health Plan.

Seleccione una opción de pago de prima:

- Reciba una factura cada mes
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

Solo para personas que ayudan al inscripto a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Firma: _____

Número de productor nacional
(solo agentes/corredores):
_____**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) para mejora de la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema Nro. 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 interno:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si recibió ayuda en la inscripción): _____

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

Fechas de vigencia de la cobertura: _____

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

Si el formulario se completó en un evento de marketing, indique el ID del evento aquí: _____