



## 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

#### 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, también debe tener estos dos:

- 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](http://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 711.

**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 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)  
\$18.30 por mes  
 Texas Independence Health Community Plan (HMO I-SNP)  
\$18.30 por mes

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
---------	-----------	-----------------------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ( __ / __ / ____ )	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono: (   )
--	---	--------------------

Número y calle de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):

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

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

Número y calle:	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:            N.º de miembro de esta cobertura:            Número de grupo de esta cobertura:  
\_\_\_\_\_

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

Si responde “sí”, dé la siguiente información:  
Nombre del centro: \_\_\_\_\_  
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 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 a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (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.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
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 página son opcionales

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

¿Es hispano, latino/a o de origen español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático             | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Filipino                   | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro    |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Coreano                    | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano       |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático                      | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano               |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> Blanco                     |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b>         |   |  |

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Yo utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b>             |
| <input type="checkbox"/> No binario |   |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que piensa de usted mismo? Seleccione una opción.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                                 | <input type="checkbox"/> Uso otro término: _____    |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no soy gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b> |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                       |   |

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

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

- Braille       Letra grande

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.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección 2, continuación – Todos los campos de esta página 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 o mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) 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.** El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO** pague la Parte D-IRMAA a Texas Independence Health Plan.

#### Seleccione una opción de pago de prima:

- Reciba una factura cada mes
- Obtenga una factura y la deducción automática de su SSA o RRB
- 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

(La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por 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 realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos Recetados (PDP) 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, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede 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: \_\_\_\_\_