

## **ANEXO 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE AL PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O AL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)**

### **¿Quién puede usar este formulario?**

Personas con Medicare que deseen inscribirse al Plan Medicare Advantage o al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

#### **Para inscribirse a un plan, debe:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos.
- Vivir dentro del área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse al Plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

### **¿Cuándo utilizo este formulario?**

Puede inscribirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener 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 su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).

- Su dirección y número de teléfono permanente.

**Nota:** Debe llenar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura si no los rellena.

### **Recordatorios:**

- Si usted desea inscribirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completado antes del 7 de diciembre.

### **¿Qué ocurre después?**

Envíe el formulario completado y firmado a:

ATTN: MEMBERSHIP ACCOUNTING

Molina Healthcare

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

### **Personas sin hogar**

- Si desea afiliarse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques de la Seguridad Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Molina Healthcare al (866) 403-8293. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. 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 Molina Healthcare al (866) 403-8293, TTY: 711 lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m., o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, además del tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo 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 documento con sus datos personales (como reclamos, pagos, historias clínicas, etc.) a la PRA Reports Clearance Officer. Todos los elementos que recibamos que no se refieran a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección "¿Qué ocurre después?" de esta página para enviar su formulario cumplimentado al plan.



**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios  
(a menos esté marcado como opcional)**

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

☐ CA H3038-003 (HMO DSNP) \$0 por mes

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):  Sexo: ☐ M ☐ F

Correo electrónico:

Número de teléfono\*:

¿Es un número de celular? ☐ Sí ☐ No

\*Al facilitarnos su número de teléfono y los que nos facilite en el futuro, da su consentimiento para que le enviemos mensajes de texto o le llamemos para informarle sobre cuestiones importantes relacionadas con el plan, las prestaciones y la atención médica. Los mensajes de texto no están cifrados y los pueden leer personas no autorizadas. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para obtener más información, consulte los Términos y condiciones de los mensajes de texto en nuestro sitio web ([www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)).

Dirección de residencia permanente (no ingrese un PO Box):

Ciudad:

Estado:  Código Postal:

Condado:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite PO Box):

Ciudad:

Estado:  Código Postal:

Condado:

Contacto de emergencia:

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono:

Parentesco con usted:

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare:  -

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Molina Healthcare? ☐ Sí ☐ No

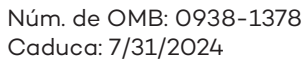
Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

Los planes Dual Special Needs (HMO DSNP) son para aquellas personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medi-Cal. Al inscribirse en este plan, usted entiende que debe permanecer inscrito en el programa Medi-Cal de su estado para seguir siendo elegible para este plan.

Indique su número de Medi-Cal:



Caduca: 7/31/2024

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Molina Healthcare.
- Al inscribirme en el Plan Medicare Advantage o en el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que Molina Healthcare compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recolección 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.
- La información suministrada en este formulario de inscripción es correcta, a mi leal saber entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción al plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca del límite de EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Molina Healthcare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Molina Healthcare. Se cubrirán los servicios proporcionados por Molina Healthcare y otros servicios que aparecen en el documento “Evidencia de Cobertura” de Molina Healthcare (también conocidos como contrato del miembro o contrato del suscriptor). Ni Medicare ni Molina Healthcare pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.
  - 2) La documentación sobre esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):

[illegible][illegible]

Dirección:

[illegible]

Estado:   Código Postal:

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| Número de Teléfono: | Relación con el inscrito: |
|                     |                           |

H3038 24 3448 CAEnrollForm M es

**Para uso exclusivo de oficina:**

Nombre del empleado/agente de ventas/agente de seguros (en caso de recibir asistencia con la suscripción): \_\_\_\_\_

Nombre del agente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Núm. de inscripción de agente o corredor de Molina: \_\_\_\_\_

Fecha en que lo recibió el agente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Núm. de teléfono del agente: \_\_\_\_\_

Núm. del ID del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Núm. de fax para uso exclusivo del agente: Los agentes pueden enviar por fax los formularios de inscripción completados y los documentos asociados al (844) 541-6848.  
Fecha de recepción de la solicitud de inscripción. Esta fecha se utilizará para determinar el periodo de elección en el cual la solicitud se realizó, lo cual determinará la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

**Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales****Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no los rellena.**

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea Español. ☐ Inglés

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- |                                                                                    |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen Hispano, Latino ni Español.          | <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen Cubano.                         |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen Puertorriqueño.                         | <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen Hispano, Latino o Español. |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen Mexicano, Mexicano-Americano o Chicano. | <input type="checkbox"/> Elijo no responder.                               |

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

- |                                                                         |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU. o Nativo(a) de Alaska. | <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái.         |
| <input type="checkbox"/> Indio(a) asiático(a).                          | <input type="checkbox"/> Samoano(a).                 |
| <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a).                   | <input type="checkbox"/> Vietnamita.                 |
| <input type="checkbox"/> Chino(a).                                      | <input type="checkbox"/> Blanco(a).                  |
| <input type="checkbox"/> Filipino(a).                                   | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos.            |
| <input type="checkbox"/> Guamanés(a) o chamorro(a).                     | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico. |
| <input type="checkbox"/> Japonés(a).                                    | <input type="checkbox"/> Elijo no responder.         |
| <input type="checkbox"/> Coreano(a).                                    |                                                      |

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Audio

Comuníquese con Molina Healthcare al (866) 403-8293 si necesita información en otro formato accesible que no se indique en la lista anterior. Nuestras horas de consulta son de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su esposo(a) trabaja? ☐ Sí ☐ No

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre del PCP:

Nombre: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Apellido: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\*¿Ya es miembro?: ☐ Sí ☐ No

Proporcione el número NPI: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Clínica/Grupo médico/IPA: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

## Sección 2 (continuación): Todos los campos de esta página son opcionales

Dirección del PCP:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ciudad:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Estado:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Código Postal:

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

☐ Comunicaciones/Documentos de los miembros

Dirección de correo electrónico:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Molina Healthcare es un plan DSNP y HMO con un contrato con Medicare. Los planes DSNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato. Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (866) 403-8293 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service. Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (866) 403-8293 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.