

DOCUMENTO 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con la ciudadanía estadounidense o estar presente de manera legal en Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con lo que se indica a continuación:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario).
- Medicare Parte B (Seguro Médico).

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a 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 3 meses tras obtener Medicare por primera vez.
- 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 que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).

- Su dirección y número de teléfono permanentes.

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.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el periodo de inscripción abierta de otoño (entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su mensualidad se descuenten de su cuenta de banco o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Molina Healthcare
Attn: Enrollment Accounting
PO Box 22800
Long Beach, CA 90801

Cuando procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, una Casilla Postal, una dirección de un refugio o una clínica, o bien la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) puede 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m. O 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, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 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 Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta incluya un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, además de completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario acerca de la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, historial médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirá cualquier elemento recibido en el que no se mencione cómo mejorar este formulario o la responsabilidad de recopilación de este mismo (descrita en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.



**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que se marquen como opcionales)**

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

- ☐ ID H5628-008 (HMO D-SNP) \$0 por mes
☐ ID H5628-011 (HMO D-SNP) \$0 - \$43 por mes
☐ ID H5628-010 (HMO) \$0 por mes

Nombre:

Apellido:

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

Correo electrónico:

Número de Teléfono*:

¿Es un número de teléfono móvil? ☐ Sí ☐ No

* Si proporciona su número de teléfono y cualquier número de teléfono futuro, usted otorga su consentimiento para que le enviemos mensajes de texto o lo(a) llamemos a fin de brindarle información importante sobre el plan, los beneficios y la atención médica. Los mensajes de texto no están cifrados y los pueden leer personas no autorizadas. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y datos. Consulte nuestros Términos y Condiciones de Mensajes de Texto en nuestro sitio web (www.MolinaHealthcare.com) para obtener más información.

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 o TRICARE) además de Molina Healthcare? ☐ Sí ☐ No

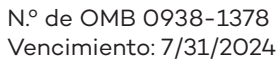
Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

Los planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (HMO D-SNP) son para aquellas personas que califican para Medicare y Medicaid. Mediante la inscripción en este plan, usted entiende que debe mantener su inscripción en el programa Medicaid de su estado a fin de conservar su elegibilidad para este plan.

Proporcione su Número de Medicare:



- Debo mantener tanto el Seguro Hospitalario (Parte A) como el Seguro Médico (Parte B) para permanecer en Molina Healthcare.
- Mediante la inscripción en el Plan Medicare Advantage o el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que Molina Healthcare compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y otros fines permitidos por la ley Federal, la cual 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, no responder puede afectar a la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Molina Healthcare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de parte de Molina Healthcare. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Molina Healthcare que se incluyen en el documento "Evidencia de Cobertura" de Molina Healthcare (también conocido como contrato del miembro o contrato del suscriptor). Ni Medicare ni Molina Healthcare pagarán los beneficios o servicios que no tengan cobertura.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendí 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][illegible][illegible]

Estado: Código Postal:

[illegible]

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA) o los Planes de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Plans, PDP), mejorar la atención médica y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social, además de las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARX)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar a la inscripción en el plan.

Office Use Only:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____

Agent Name (Printed): _____

Signature: _____ Agent Writing/NPN #: _____

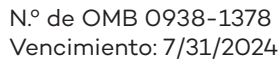
Agent Receipt Date: ____ / ____ / ____ Agent Phone #: _____

Plan ID# _____ Effective Date of Coverage: _____

P#: _____

Fax# for Agent Use Only – Agents can fax completed enrollment forms and associated documents to (844) 541-6848.

Receipt Date of Enrollment request. This date will be used to determine the election period in which the request was made, which in turn will determine the effective date of coverage.



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

☐ Inglés☐ Elijo no responder☐ Elijo no responder

07

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

Dirección del PCP:

[illegible]

Ciudad:

[illegible]

Estado:

--	--

Código Postal:

--	--	--	--	--

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

- ☐
- Comunicaciones/Documents para el Miembro

Correo electrónico:

[illegible]

Pago de la prima de su plan

Cada mes, puede pagar la prima mensual del plan (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos (TEF). **También puede elegir pagar su prima mensual por deducción automática de su beneficio del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB).**

Si tiene que pagar una suma de ajuste mensual conforme a ingresos Parte D (Parte D o IRMAA), debe pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. La cantidad generalmente se extrae de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o del RRB). NO pague a Molina Healthcare el Ajuste Mensual Acorde a sus Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D.

Seleccione una opción de pago de prima:

- ☐ **Obtenga un libro de cupones**
- ☐ **Transferencia electrónica de fondos** (Electronic Funds Transfer, EFT) desde su cuenta de banco cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información: Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del Titular de la Cuenta:

Nombre:

[illegible]

Apellido:

[illegible]

Número de ruta del banco:

[illegible]

Número de la Cuenta de Banco:

[illegible]

- ☐ **Deducción automática** de su cheque mensual de los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB).

Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueban la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud para deducción automática, la primera deducción 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 comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).



Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (866) 403-8293 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica. English: 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. Someone who speaks English can help you. This is a free service. Spanish: 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. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito. Molina Healthcare es un Plan de Salud HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato. Molina Healthcare es un Plan de Salud HMO con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

