PASSPORT BY MOLINA HEALTHCARE

OMB núm. 0938-1378
Vencimiento: 06/30/2026

Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse a un plan Medicare Advantage

Para inscribirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano(a) 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 en un 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 la 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 permanente y número de teléfono

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 al plan antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio de Seguro Social mensual (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿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.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

En español: Llame a Passport by Molina Healthcare al (833) 912-1592 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Call Passport by Molina Healthcare at (833) 912-1592. TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, puede utilizar como dirección de residencia permanente un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o de una clínica o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., cheques del Seguro Social).

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 algún 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 elemento junto con su información personal (por ejemplo, reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Validación de Informes de la PRA (PRA Reports Clearance Office). Se destruirá cualquier material que recibamos y que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o con su carga de recopilación (que se describe en la OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué ocurre después?" de esta página para enviar su formulario completo al plan.

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

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

☐ KY H1799-003-001 (HMO DSNP) $0 por mes

☐ KY H1799-003-002 (HMO DSNP) $0 por mes

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (___/___/_____)	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Número de teléfono: ( )

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos Nota: Para las personas sin hogar, se puede considerar un apartado de correos como su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:

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

Ciudad:	Estado:	Código Postal:

<u>Su información de Medicare:</u>

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Passport by Molina Healthcare? ☐ Sí ☐ No

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

¿Está inscrito(a) en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Número de identificación de Medicaid: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Passport by Molina Healthcare.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Passport by 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.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan de MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Passport by Molina Healthcare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Passport by Molina Healthcare. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Passport by Molina Healthcare y que aparecen en el documento "Evidencia de Cobertura" de Passport by Molina Healthcare (también conocido como contrato del miembro o contrato del suscriptor). Ni Medicare ni Passport by Molina Healthcare pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 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.

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

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.

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

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español
- ☐ Sí, soy de origen puertorriqueño
- ☐ Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- ☐ **Elijo no responder**
- ☐ Sí, soy de origen mexicano, mexicano-americano o chicano
- ☐ Sí, soy de origen cubano

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

- ☐ Indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska:
  - ☐ Indio asiático
  - ☐ Chino
  - ☐ Filipino
  - ☐ Japonés
  - ☐ Coreano
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Otro origen asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- Hawaiano e isleño del Pacífico:
  - ☐ Guameño o Chamorro
  - ☐ Nativo de Hawái
  - ☐ Samoano
  - ☐ Otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ **Elijo no responder**

Seleccione a continuación si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Spanish

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD con información

Comuníquese con Passport by Molina Healthcare al (833) 912-1592 si necesita información en un formato accesible que no se indique en la lista anterior. Nuestras horas de consulta son de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 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:			
¿Ya es miembro?: ☐ Sí ☐ No			
N.º de NPI del PCP:			
Grupo médico/nombre de la IPA:			
Dirección del PCP:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:

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

☐ Comunicación para los miembros/documentos

Dirección de correo electrónico:

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.**
En general, este monto se deduce de su beneficio de Seguro Social, o usted puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Molina Healthcare la Parte D o IRMAA.
Seleccione una opción de pago de prima:

☐ Recibir una factura

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Solo para personas que ayudan al miembro a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del SHIP, familiares u otras partes interesadas) que ayuda a un miembro a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el/la inscrito(a): _____

Firma: _____ Número Nacional de Productor (Solo agentes o corredores): _____

Representante autorizado/para uso exclusivo de oficina:

Nombre del empleado/agente/corredor/representante autorizado (en caso de recibir asistencia con la inscripción): _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

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

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 del beneficiario en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado y el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del CFR (Código de Regulaciones Federales) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifica en el Aviso del Sistema de Registro (SORN), "Medicamento con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.