

Formulario de Inscripción

Si necesita información en otros idiomas o formatos (Braille) favor de comunicarse con Molina Healthcare.

Para inscribirse en Molina Medicare Complete Care, proporcione la siguiente información			
Se inscribirá en: ☐ CA H5810-013 HMO SNP \$0 a \$29.50 por mes			
APELLIDO:		PRIMER Nombre:	Inicial del segundo nombre: ☐ Sra. ☐ Sr. ☐ Srta.
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono residencial: ()	Número de teléfono alternativo: ()
Dirección de residencia permanente (no se permite casilla postal):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:
Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente): Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:			
Contacto de emergencia: _____			
Número de teléfono:		Parentesco con usted:	
Dirección de correo electrónico:			
Proporcione la información del seguro de Medicare			
Tenga su tarjeta roja, azul y blanca de Medicare a mano para llenar esta sección. - Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. – 0 – - Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.		Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____ Número de Medicare: _____ Tiene derecho a HOSPITAL (Parte A) Fecha de vigencia: (MM/DD/AAAA) MEDICAL (Parte B) Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para afiliarse a un plan de Medicare Advantage.	

Pago de la prima de su plan

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagarla por correo, por “Transferencia electrónica de fondos” (EFT) cada mes. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes. Si se le evalúa un monto de ajuste mensual (IRMAA) relacionado con los ingresos de la Parte D, recibirá una notificación por parte de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Se retendrá dicho monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien Medicare o RRB le facturarán directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D de Molina Healthcare.

Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que usted deba), por correo o “Transferencia Electrónica de Fondos mensualmente” (EFT). También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.

Si se le evalúa un monto de ajuste mensual (IRMAA) relacionado con los ingresos de la Parte D, recibirá una notificación por parte de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Se retendrá dicho monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien Medicare o RRB le facturarán directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D de Molina Healthcare.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, como las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, aquellas personas que califican no tendrán falta de cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Muchas personas califican para acceder a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional en línea en, www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si cumple los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare únicamente paga una parte de esta prima, le cobraremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá un libro de cupones.

Por favor, seleccione una opción de pago de prima:

- ☐ Obtenga un libro de cupones
- ☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de la cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: ☐ 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 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 para una deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.)

Por favor, lea y conteste estas preguntas importantes

1. ¿Se encuentra en la Etapa terminal de una enfermedad renal (ESRD)?

☐ Sí ☐ No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, **por favor adjunte una nota o reporte** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluso otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos, o programas del estado de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Molina Healthcare?

☐ Sí ☐ No

Si responde "sí", enumere su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

Núm. de identificación de esta cobertura: _____

Núm. de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería especializado?

☐ Sí ☐ No

Si responde "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y Número de teléfono de la Institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?

☐ Sí ☐ No

Si responde "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su esposa/o trabajan? ☐ Sí ☐ No

Seleccione el nombre de un médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del PCP (APELLIDO, PRIMER NOMBRE): _____

***¿Ya es miembro?:** ☐ Sí ☐ No

Proporcione el número NPI: _____ Grupo médico/clínico/IPA: _____

Dirección del PCP: _____

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

☐ Español ☐ Braille ☐ Audio ☐ Letra grande

Comuníquese con Molina Healthcare al (800) 665-3086 si necesita información en otro formato accesible o idioma que no se indique en la lista anterior. Nuestro horario de oficina es de lunes a domingo, de 8.00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Por favor, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse a Molina Healthcare puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Molina Healthcare puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envía. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no se consigna información sobre con quién ponerse en contacto, solicite ayuda a su administrador de beneficios o a la oficina que responda preguntas sobre su cobertura.

Por favor lea y firme debajo

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Molina Healthcare es un plan de Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Deberé conservar mi Parte A y B de Medicare. Puedo estar únicamente en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de medicamentos recetados o plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de alguna cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Cuando me inscribo, puedo dejar este plan o hacer cambios únicamente en ciertos momentos del año cuando esté disponible un periodo de inscripción (por ejemplo: desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Molina Healthcare brinda sus servicios a un área de servicio específica. Si me mudo del área donde Molina Healthcare proporciona sus servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Al ser miembro de Molina Healthcare, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si estoy en desacuerdo con ellas. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Molina Healthcare cuando lo reciba para conocer qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. 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.

Comprendo que desde la fecha de inicio de la cobertura de Molina Healthcare, debo recibir mi atención de salud de Molina Healthcare, excepto en caso de emergencias o servicios necesarios urgentemente o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Molina Healthcare y otros servicios que aparecen en el documento Evidencia de cobertura de Molina Healthcare (también conocidos como un contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización **NI MEDICARE NI MOLINA HEALTHCARE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si obtengo asistencia de un agente de ventas, agente de seguros u otra persona empleada o contratada por Molina Healthcare, a esa persona se le pagará en base a mi inscripción en Molina Healthcare.

Divulgación de información: Al participar de este plan de salud de Medicare, reconozco que Molina Healthcare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que Molina Healthcare divulgará mi información incluyendo mis datos de eventos de medicamentos recetados a Medicare, donde pueden divulgarla para fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y normas federales aplicables. 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 autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar el formulario de inscripción y 2) documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Correo postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Relación con el inscrito: _____

Complete todas las secciones del formulario de inscripción y la certificación de elegibilidad para un Periodo de inscripción. Firme el formulario y coloque la fecha.

Si está aplicando por correo, envíe la copia firmada a:

Molina Healthcare, Inc.

Attn: Enrollment Accounting

PO BOX 22800

Long Beach, CA 90801

Para uso exclusivo de oficina:

Nombre del empleado/representante/agente (en caso de ser asistido en la suscripción): _____

Número del agente que escribe (NPN): _____

Nombre del agente (en letra de molde): _____ **Firma:** _____

Fecha en que lo recibió el agente: ____ / ____ / ____ / ____ **Teléfono del agente:** _____

Núm. de identificación del plan _____ **Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:** _____

Número P: _____

*Fecha de recepción de la solicitud de inscripción. Esta fecha será utilizada para determinar el periodo de elección en el cual la solicitud fue realizada, lo cual determinará la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.