

ANEXO 1: 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 a un Plan Medicare Advantage o a un 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](https://www.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).
- 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 llena.

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.
- 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:
Molina Healthcare
Attn: Enrollment Accounting
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?

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., hora local.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una colección de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta colección de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, coleccionar los datos necesarios y completar y revisar la colección de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión 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 con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de colección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte «¿Qué sucede después?» en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1: Toda la sección de esta página es obligatoria
(a menos esté marcado como opcional)**

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

- CA H5810-001 (HMO D-SNP) \$0 a \$33.20 por mes
- CA H5810-013 (HMO D-SNP) \$0 a \$33.20 por mes
- CA H5810-014 (HMO) \$0 por mes
- CA H5810-015 (HMO) \$0 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Correo Electronico (opcional):
--------------------------------------	---	--------------------------------

Número de teléfono: _____

¿Es este un número de teléfono móvil? Sí No

*Al proporcionar su número de teléfono y cualquier número de teléfono en el futuro, usted acepta que le mandemos un mensaje de texto o lo llamemos con informes importantes respecto al plan, beneficios e información de atención médica. Los mensajes de texto no están encriptados y pueden ser leídos por personas no autorizadas. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Consulte nuestros Términos y condiciones de SMS en nuestro sitio web (www.MolinaHealthcare.com) para obtener más detalles.

Dirección de residencia permanente (no incluya un PO Box): _____

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite PO Box):
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____

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 de Necesidades Especiales Duales (HMO D-SNP) son para aquellos que califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, usted entiende que debe permanecer inscrito en su programa estatal de Medicaid para seguir siendo elegible para este plan.

Por favor, proporcione su número 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 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 de la frontera de los 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.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene las siguientes casillas:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

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.

Declaración de la Ley de Privacidad Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos Recetados (PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Sección 2: Todas las preguntas de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no los llena.

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

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 este indicado anteriormente. Nuestras horas son de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. 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 (apellido, primer nombre): _____

*¿Es paciente actual?: Sí No

Num. NPI de Proveedor(a) : _____ Clínica/Grupo médico/IPA: _____

Dirección del PCP: _____

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

Comunicación para miembros/Documents Correo electrónico:

Sección 2: Todas las preguntas de esta página son opcionales

Pago de prima mensual

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 el RRB). NO pague a Molina Healthcare la Parte D o IRMAA.

Seleccione una opción de pago de prima:

- Obtener un libro de cupones**
 Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

Adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____

Número de la cuenta bancaria: _____

- 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 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).

Producto ofrecido por Molina Healthcare of California. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Complete Care depende de la renovación del contrato. Molina Medicare Choice Care (HMO) es un plan con un contrato de Medicare. La inscripción en Molina Medicare Choice Care depende de la renovación del contrato. Molina Medicare Choice Care Select (HMO) es un plan con un contrato de Medicare. La inscripción en Molina Medicare Choice Care Select depende de la renovación del contrato. Las personas elegibles duales que son elegibles para inscribirse en el MMP de Cal MediConnect están excluidas de la inscripción en este plan. Puede obtener este documento de forma gratuita en idiomas que no sean el inglés u otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al (800) 665-3086. La llamada es gratis. 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. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-665-3086 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-665-3086 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-665-3086 (TTY: 711).