

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).

- Dirección y número de teléfono permanentes.

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 del Seguro 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 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 documento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de la PRA (Ley de Reducción de Trámites). 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 completado 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:

- MI H5926-001 (HMO DSNP) \$0 por mes
- MI H5926-005 (HMO DSNP) \$0 por mes
- MI H5926-006 (HMO) \$0 por mes
- MI H5926-007 (HMO) \$0 por mes

Nombre:

Apellidos:

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, los beneficios y la atención médica. Los mensajes de texto no están cifrados y los pueden leer personas no autorizadas. Message and data rates may apply. Para más información, consulte los términos y condiciones de los mensajes de texto en nuestro sitio web (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:

Apellidos:

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 quienes califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, entiende que debe permanecer inscrito en su programa estatal de Medicaid para seguir siendo elegible en este plan.

Proporcione su número de Medicaid:

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.

