



Molina Medicare Individual Enrollment Form Instructions

Please read before completing your application.

You are eligible to join a Molina Medicare Medicare Advantage Prescription Drug Plan (MAPD) if:

- you are entitled to Medicare Part A;
- you are enrolled in Medicare Part B and continue to pay your Medicare Part B premium if not otherwise paid for under Medicaid or by another third party; and
- you reside in the Molina Medicare service area.

You are eligible to join a Molina Medicare Medicare Advantage Prescription Drug Special Needs Plan (MAPD-SNP) if:

- you are entitled to Medicare Part A;
- you are enrolled in Medicare Part B;
- you are entitled to full Medicaid; and
- you reside in the Molina Medicare service area.

Individuals with End Stage Renal Disease are generally not eligible to enroll in Molina Medicare unless they are members of our organization and have been since their dialysis began.

To ensure your application is complete, please make sure you fill out and forward all necessary information to Molina Medicare.

1. Carefully read, sign and date all necessary portions of the application.
2. Complete all sections of the application in full. Missing or incomplete information may cause a delay in the effective date of your coverage.
3. If you and your spouse both wish to join Molina Medicare, please complete separate applications.
4. You must provide the information in the Medicare Insurance Information section so that we can verify your Medicare eligibility.
5. Your complete application must be received by the last business day of the month in order to be effective the first day of the following month. (For example, an application received between January 1, 2011 and January 31, 2011 may be effective February 1, 2011.)
6. A copy of your proof of court-appointed legal guardian, durable power of attorney or proof of other authorization required by State Law is available and can be presented upon request by Molina Medicare or Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Send the original copy of the application to Molina Medicare in the enclosed postage-free envelope. (Or mail to Molina Medicare at P.O. Box 22800, Long Beach, CA. 90801.)
7. Keep a copy for your records.

Other Important Information

- If you have questions about this application, please call us. A representative is available to help you Monday - Sunday, 8:00 AM to 8:00 PM local time. Please refer to state specific toll free numbers on the third page of the Molina Medicare Enrollment Form. TTY/TDD users please call 1-800-346-4128.
- Molina Medicare determines when your application is considered to be complete based on Medicare enrollment guidelines.
- This application is subject to approval from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). If your enrollment is not accepted by CMS, we will notify you immediately.

A Coordinated Care plan with a Medicare Advantage contract and a contract with the state Medicaid program.

A Health Plan with a Medicare contract.



Instrucciones para el Formulario de Inscripción Personal de Molina Medicare

Lea antes de completar la solicitud.

Usted cumple los requisitos para asociarse al Plan de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare Advantage en Molina Medicare (MAPD, por sus siglas en inglés) si:

- tiene derecho a participar en Medicare Parte A;
- está inscrito en Medicare Parte B y continúa pagando la prima correspondiente si no la paga en Medicaid o si es pagada por un tercero; y
- reside en el área de servicios de Molina Medicare.

Usted cumple los requisitos para asociarse al Plan de Medicamentos de Venta con Receta para Necesidades Especiales de Medicare Advantage en Molina Medicare (MAPD-SNP, por sus siglas en inglés) si:

- tiene derecho a participar en Medicare Parte A;
- está inscrito en Medicare Parte B;
- tiene derecho a recibir todos los servicios de Medicaid; y
- reside en el área de servicios de Molina Medicare.

En general, se considera que las personas que padecen Insuficiencia Renal Terminal no cumplen los requisitos para inscribirse en Molina Medicare a menos que sean miembros de nuestra organización desde que comenzaron el procedimiento de diálisis.

Para asegurar que la solicitud esté completa, llene y envíe toda la información necesaria a Molina Medicare.

1. Lea cuidadosamente, firme y coloque la fecha en todas las secciones obligatorias de la solicitud.
2. Complete todas las secciones de la solicitud. La información que falte o esté incompleta hará demorar la fecha de vigencia de la cobertura.
3. Si usted y su cónyuge desean asociarse a Molina Medicare, deben completar las solicitudes por separado.
4. Debe proporcionar la información en la sección de Información del Seguro de Medicare para que podamos verificar su elegibilidad en Medicare.
5. La solicitud completa debe recibirse hasta el último día hábil del mes para que la vigencia pueda comenzar el primer día del mes siguiente. (Por ejemplo, la vigencia de la solicitud que se reciba entre el 1.º de enero de 2011 y el 31 de enero de 2011 comenzará el 1.º de febrero de 2011).
6. La copia de la constancia de tutor legal designado por un tribunal, del poder notarial permanente o de la constancia de otras autorizaciones exigidas por las leyes estatales está disponible y, si lo solicita, puede ser presentada por Molina Medicare o por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Envíe la copia original de la solicitud a Molina Medicare en el sobre adjunto que no necesita franqueo. (O envíela por correo a Molina Medicare a P.O. Box 22800, Long Beach, CA. 90801.)
7. Guarde una copia como constancia para sus registros.

Otra información importante

- Si tiene alguna duda sobre esta solicitud, llámenos. Podrá solicitar ayuda a un representante de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora local). Consulte los números gratuitos dentro del Estado en la tercera página del Formulario de Inscripción de Molina Medicare. Los usuarios con problemas de audición pueden llamar al 1-800-346-4128 (línea TTY/TDD).
- Molina Medicare determina el momento en que la solicitud se considera completa de acuerdo con las pautas de inscripción en Medicare.
- Esta solicitud debe tener la aprobación de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Si CMS no acepta su inscripción, le informaremos de inmediato.

Plan de Atención Coordinada con contrato con Medicare Advantage y con contrato con el programa estatal de Medicaid.

Plan de Salud con contrato de Medicare.