

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan de Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez
- En ciertas 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 en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducción de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Florida Blue Medicare
P.O. Box 45296
Jacksonville, FL 32232-5296

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a BlueMedicare Complete al 1-800-966-4092. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-800-955-8770.

O 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 BlueMedicare Complete al 1-800-966-4092/1-877-955-8773 (TTY) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMMA) de la Parte D a BlueMedicare Complete.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la brecha en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos 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 deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de su prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le emitiremos una factura por la parte que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Por favor, seleccione una opción de pago mensual:

- Obtener una factura
- Transferencia electrónica de fondos (EFT)** de su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
- Nombre del titular de la cuenta: _____
- Número de ruta (bank routing number): _____ Número de cuenta bancaria: _____
- Tipo de cuenta: De cheques De ahorros

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos **recetados** además de BlueMedicare Complete? Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, mencione la otra cobertura y número de identificación (ID) para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura _____ N.º de identificación de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

2. ¿Reside usted en un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

3. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

5. Si se inscribe en BlueMedicare Complete, ¿tiene tanto asistencia médica del estado de Florida como de Medicare?

- Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud: _____

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible: Español Braille, letra grande

Comuníquese con BlueMedicare Complete al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto del que se menciona arriba. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.



Lea esta información importante

Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en BlueMedicare Complete podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en BlueMedicare Complete. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio de Internet o comuníquese con la oficina indicada en sus comunicaciones. Si no hay información acerca de con quién comunicarse, puede buscar la orientación de su administrador de beneficios o de la oficina que responde preguntas sobre su cobertura.

Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica. Al marcar cualquiera de las casillas que aparecen a continuación, está certificando que, a su leal saber, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

- Tengo Medicare por primera vez.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Open Enrollment Period, OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de cobertura de mi plan actual o me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha):
- Hace poco salí de prisión. Salí el (escriba la fecha):
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Volví el (escriba la fecha):
- Recientemente obtuve una condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (escriba la fecha):
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a un establecimiento de cuidados a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir allí (p. ej.: un centro de enfermería especializada o de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al establecimiento o dejé de vivir allí el (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa de Contrato de asistencia farmacéutica para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) (escriba la fecha):

- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha):
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha):
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare finaliza el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha):
- Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación para necesidades especiales que se necesita para pertenecer a ese plan. Fui dado de baja del SNP el (escriba la fecha):
- Me afectó una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones aquí expresadas se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.
- Estaba inscrito en un plan que está experimentando dificultades financieras hasta tal punto que una autoridad reguladora territorial o estatal ha colocado a la organización en administración judicial.
- Estaba inscrito en un plan identificado con el icono de bajo desempeño (low performing icon, LPI).

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro, comuníquese con BlueMedicare Complete llamando al 1-800-966-4092 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. No atendemos los domingos. No atendemos la mayoría de los feriados federales.

Lea y firme debajo:

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Comprendo que mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

BlueMedicare Complete es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B. Solo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez esté inscrito, podría dejar este plan o hacer cambios solamente en ciertos periodos del año como durante un periodo de inscripción disponible (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias.

BlueMedicare Complete ofrece beneficios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Complete, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Una vez que sea un miembro de BlueMedicare Complete, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca de los pagos o los servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de BlueMedicare Complete cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare normalmente no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

Entiendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de BlueMedicare Complete, debo obtener todos los servicios de salud a través de BlueMedicare Complete, excepto los servicios de emergencia o de urgencia necesarios o los servicios de diálisis fuera del área de servicio. Estarán cubiertos los servicios autorizados por BlueMedicare Complete y otros servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de BlueMedicare Complete (también conocida como contrato de los miembros o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUEMEDICARE COMPLETE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, un representante u otra persona empleada o contratada por BlueMedicare Complete, esta persona puede recibir pagos en función de mi inscripción en BlueMedicare Complete.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que BlueMedicare Complete divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y servicios de salud. También reconozco que BlueMedicare Complete divulgará mi información, incluidos datos de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, que puede divulgarla para investigación u otros propósitos de conformidad con todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. Según mi leal saber, la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que

si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta. Si es firmado por una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que 1) según las leyes estatales, dicha persona está autorizada a realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba a continuación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: [][][][]-[][][][]-[][][][][]

Relación con el miembro: _____

Para uso interno:

Nombre del miembro del equipo/agente/intermediario (si ayudó durante la inscripción): _____

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____

AEP: _____

SEP (tipo): _____

No es elegible: _____

Nombre de la entidad: _____

Número de identificación de 5 dígitos de la entidad (si se conoce):

[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----

Fecha de recepción por parte del agente: _____

Identificación del Agente de Florida Blue #: _____

Número de licencia estatal del agente: _____

Número de confirmación del agente: _____

Nombre del PCP: _____

Apellido del PCP: _____

Número de identificación de proveedor del PCP de FL Blue [][][][][]-[] (es decir: 12345 o 12345A)

Número de identificación de 10 dígitos de proveedor nacional (NPI) del PCP:

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¿El miembro es actualmente paciente de este PCP?

Sí No

Nombre del grupo de médicos: _____

Número de identificación de proveedor de FL Blue del grupo de médicos

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Número de identificación de 10 dígitos de proveedor nacional (NPI) del grupo de médicos:

[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¿El miembro es actualmente paciente de este grupo de médicos?

Sí No