

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare

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 medicamentos recetados de Medicare, también debe tener uno de los siguientes, o ambos:

- 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx 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 asistirlo.

Pagos Mensuales de su Plan:

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También tiene la opción de pagar sus primas mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. Si se está evaluando una cantidad de ajuste mensual relacionada con sus ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social lo notificará al respecto. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional, además de la prima mensual de su plan. Puede elegir que el Seguro Social o la Junta de retiro ferroviario (RRB) retengan esa cantidad de su cheque de beneficios o que Medicare o RRB le envíen directamente la factura. **NO** pague la cantidad de ajuste mensual relacionada con sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMMA) de la Parte D a BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, 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 tendrán una brecha en la cobertura ni 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. 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx?

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): _____

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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx llamando al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no sea el indicado anteriormente. 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 es miembro de un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el mantenimiento de la salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una Organización de Proveedores Preferentes [Preferred Provider Organization, PPO]), es posible que ya tenga una cobertura para medicinas recetadas de su plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Al inscribirse en BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx, su membresía en el plan de Medicare Advantage podría finalizar. Esto afectará tanto su cobertura médica como de hospital, también su cobertura para medicinas recetadas. Lea la información que le envía su Plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con su Plan Medicare Advantage.

Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx. 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 medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera del período de inscripción anual.

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.
- Vivo en un establecimiento de cuidados a largo plazo 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):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- 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):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- 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):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- 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):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---
- 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx son un plan de Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura para medicinas recetadas es adicional a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, debo conservar mi cobertura de las Partes A o B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Solo puedo estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez. Si actualmente estoy en un plan de medicamentos recetados de Medicare, mi inscripción en BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx finalizará dicha inscripción. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, podré salir de este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, por lo general, durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique para ciertas circunstancias especiales.

BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx ofrecen beneficios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Comprendo que debo utilizar farmacias de la red, excepto en una emergencia cuando no pueda usar las farmacias de la red de BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx de manera razonable. Una vez que sea un miembro de BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx, 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura.

Comprendo que si dejo este plan y no tengo o no obtengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que en el futuro deba pagar una multa por inscripción tardía además de mi prima por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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

Es posible que en el estado en el que resido haya disponibles servicios de asesoría sobre el seguro suplementario a Medicare u otras opciones de planes de medicamentos recetados o Medicare Advantage, al igual que asistencia médica a través del programa estatal Medicaid y del Programa de descuentos de Medicare.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx divulgarán mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y servicios de salud. También reconozco que BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx divulgarán mi información, incluidos datos de eventos de medicinas recetadas, 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 la ley Estatal, dicha persona está autorizada a completar esta afiliación y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy:

| |

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: - -

Relación con el miembro: _____

Para ser utilizado únicamente por el Plan de medicinas recetadas de Medicare:

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: _____