

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### Para unirse al plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse con presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área donde el plan presta servicios.

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener las siguientes dos opciones:

- Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)
- Parte B de Medicare (Seguro Médico)

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1.º de enero).
- En un plazo de 3 meses desde que obtuvo Medicare.
- 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 de su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul).
- 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. Puede optar por inscribirse para que sus pagos de primas sean deducidos de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Y ahora?

Envíe el formulario completo y firmado a:

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

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

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

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

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



Las personas con ingresos limitados pueden calificar para que la Ayuda Adicional pague los costos de sus medicinas recetadas. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicinas, incluidas las primas mensuales para medicinas recetadas, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la brecha en la cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para recibir más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina 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 visitar [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp) para solicitar ayuda adicional por Internet.

Si usted califica para recibir Ayuda Adicional con sus costos de cobertura de medicinas recetadas de Medicare, Medicare pagará todo o una parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de la prima, le cobraremos la parte que Medicare no cubra.

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

#### Seleccione una opción de pago mensual:

Reciba una factura.

**Transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, 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 (routing number): \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) o del Seguro Social

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RBB

(Las deducciones del Seguro Social y de la RBB pueden tardar dos meses o más una vez que el Seguro Social y la RBB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios de su Seguro Social y de la RBB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que comienzan las deducciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su petición para deducción automática, le enviaremos una factura impresa de su prima mensual).

#### Lea y responda estas preguntas importantes:

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicinas, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (Veteran Administration, VA), o compensación para el empleado por accidentes laborales o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para **medicinas recetadas** 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 ID para esta cobertura:

Número de grupo de esa cobertura:

\_\_\_\_\_

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

Si su respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección (número y calle) y número de teléfono de la institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Si su respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

5. Si se está inscribiendo en BlueMedicare Complete, ¿tiene asistencia médica del estado de Florida y de Medicare?

- Sí  No

Escoja un Médico de cabecera (PCP), una clínica o un Centro de salud. \_\_\_\_\_

**Marque una de las casillas que aparecen abajo si prefiere recibir información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:**

- Español  Braille, grabación de audio, copia con letras grandes

Comuníquese con BlueMedicare Complete al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato o idioma diferente a los que se mencionaron anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1.º abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto en los feriados más importantes.



### 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 toda la correspondencia que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite el sitio de Internet o comuníquese con la oficina indicada en las cartas que le han enviado. Si no hay información acerca de con quién comunicarse, le pueden ayudar su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura.

#### Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

**Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período anual de inscripción, del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.** Hay excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica. Al marcar cualquiera de estas casillas, está certificando que, según su leal saber, usted es elegible para el Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Tengo Medicare por primera vez.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta a Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva. Me mudé el (escriba la fecha):
- Recientemente fui liberado de encarcelamiento. Fui liberado el (escriba la fecha):
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha):
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha):
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid hace poco, hubo un cambio de nivel en la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha):
- Recientemente, hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la Cobertura de Medicare para medicinas recetadas (hace poco recibí Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) el (escriba la fecha):
- Tengo Medicare y Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicinas recetadas, pero no ha habido ningún cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente dejé de vivir en un Establecimiento de cuidados a largo plazo (p. ej., un centro de enfermería especializada o un establecimiento de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré o dejaré de vivir en el establecimiento el (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa de cuidado todo incluido para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escriba la fecha):

- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicinas recetadas (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicinas 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 su contrato con mi plan.
- Yo (o mi estado) estaba inscrito en un plan de Medicare y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (escriba la fecha):
- Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) pero perdí la calificación por necesidades especiales que se necesita para pertenecer a ese plan. Fui dado de baja del SNP el (escriba la fecha):
- Me vi afectado por una emergencia climática o desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Uno de los otros enunciados se aplica a mi caso pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.
- Me inscribí en un plan que está experimentando dificultades financieras en tal medida que una autoridad regulatoria estatal o territorial ha puesto a la organización en administración judicial.
- Me inscribí en un plan identificado con el ícono de bajo desempeño (LPI).

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro(a), comuníquese con BlueMedicare Complete al 1-800-966-4092 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) y vea si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, y cerrado los domingos. Está cerrado la mayoría de los feriados.

### Lea y firme abajo

#### **Al llenar esta solicitud de inscripción acepto lo siguiente:**

Entiendo 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 Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. Solo puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de medicinas recetadas o en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informar acerca de cualquier cobertura de medicinas recetadas que tenga ahora o que pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo darme de baja de este plan o hacer cambios solo en determinados momentos del año, cuando haya disponible un período de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

BlueMedicare Complete sirve a 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 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 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 recibir todos los servicios de salud por parte 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 del miembro o acuerdo del suscriptor) de su plan. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUEMEDICARE COMPLETE PAGARÁN POR 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 con base en mi inscripción en BlueMedicare Complete.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de medicinas recetadas de Medicare, reconozco que BlueMedicare Complete divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para fines de tratamientos, pagos y servicios de salud. También reconozco que BlueMedicare Complete divulgará 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. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, mi plan será anulado.

Entiendo que mi firma electrónica (o la firma electrónica de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. 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 inscripción 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 uso interno:**

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

N.º de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad de la cobertura: \_\_\_\_\_

Período inicial de elección de cobertura (Initial Coverage Election Period, ICEP)/Período de elección inicial (Initial Election Period, IEP):  
\_\_\_\_\_

Período de elección anual (Annual Election Period, AEP): \_\_\_\_\_

Período de elección especial (Special Election Period, SEP) (tipo):  
\_\_\_\_\_

No es elegible: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP): \_\_\_\_\_

Apellido del médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Número de identificación del médico de cabecera de Florida Blue:  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] (es decir, 12345 o 12345A)

Número de identificación de 10 dígitos de Proveedor Nacional (National Provider ID, NPI) para el médico de cabecera:  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

¿Es usted paciente de este médico?

Sí  No

Nombre de la entidad:  
\_\_\_\_\_

Número de identificación de cinco dígitos de la entidad (si se conoce):  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Fecha de recibido por parte del agente: \_\_\_\_\_

Número de identificación del agente de Florida Blue: \_\_\_\_\_

Número de licencia estatal del agente: \_\_\_\_\_

Número de confirmación del agente: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo del médico:  
\_\_\_\_\_

Número de Identificación del Grupo del médico de Florida Blue:  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] (es decir, 12345 o 12345A)

Número de Identificación de 10 dígitos de Proveedor Nacional (NPI) para el Grupo del médico:  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

¿Es usted actualmente paciente de este Grupo del médico?

Sí  No