

Cómo pagar la Prima de su Plan:

Si determinamos que usted está sujeto a una multa por inscripción tardía (o que ya ha sido notificado de una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo o por 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 beneficio de Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. Si se está evaluando la posibilidad de cobrarle una Cantidad de ajuste mensual relacionada con sus Ingresos de la Parte D (Income related Monthly Adjusted Amount, IRMAA), la Administración del Seguro Social le 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 RRB retengan esa cantidad de su cheque de beneficios o que Medicare o la RRB le envíen directamente la factura. **NO pague la parte D-IRMAA de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para que la Ayuda Adicional pague por los costos de sus medicinas recetadas. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicinas, incluidas las primas 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 afiliación 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 solicitar Ayuda Adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

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 sólo 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) del banco: _____

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 jubilación de empleados ferroviarios (RRB) o del Seguro Social

Recibo beneficios mensuales del: Seguro Social RRB

(Las deducciones del Seguro Social y de la RRB pueden tardar dos meses o más una vez que el Seguro Social y la RRB 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 Junta de jubilación de empleados ferroviarios 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. ¿Tiene enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Si se ha sometido a un trasplante de riñón con éxito y/o si ya no necesita diálisis regularmente, **adjunte una nota o registros** de su médico que indiquen que usted se ha sometido a un trasplante de riñón con éxito o que no necesita una diálisis; de lo contrario, tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. 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 de **medicinas recetadas** además de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver? Sí No

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

Nombre de la otra cobertura Nro de ID para esta cobertura: Número de grupo de esa cobertura:

3. ¿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: _____

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

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

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

[Escoja un Médico de atención primaria \(PCP\), 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 Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato o idioma diferente a lo que aparece arriba. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 1 de abril, al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los cinco días de la semana. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada dentro de un día laboral. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773.



Lea esta información importante

Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver 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 Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver. 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.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

Por lo general, sólo 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 a 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 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 permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha):
- Recientemente obtuve 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 la 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 (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 (insert date):
- 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.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro(a), comuníquese con BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver al 1-800-876-2227 (los usuarios de equipo teleescritor [TTY] deben llamar al 1-877-955-8773) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m., y el sábado desde las 8:30 a.m. hasta las 4:30 p.m. hora local.

Lea y firme abajo:

Al llenar esta solicitud de inscripción acepto lo siguiente:

BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo tener un plan de 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 sólo 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 Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver ofrece cobertura en áreas de servicio específicas. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre los pagos o los servicios si no estoy de acuerdo con ellos. Voy a leer el documento de Constancia de cobertura de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver cuando lo reciba para saber que reglas debo seguir con el fin de obtener cobertura de 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 Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver, debo recibir todos mis servicios de salud por parte de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver, excepto los servicios de emergencia o de urgencia necesarios, o los servicios de diálisis fuera del área de servicio. Se cubrirán los servicios autorizados por BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier or BlueMedicare Saver y otros servicios de mi Constancia de cobertura de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). **SIN AUTORIZACIÓN, NI BLUEMEDICARE CLASSIC, NI BLUEMEDICARE CLASSIC PLUS NI BLUEMEDICARE PREMIER O BLUEMEDICARE SAVER** pagarán por los servicios.

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

Divulgación de información: Al inscribirse a este plan de salud de Medicare, usted reconoce que BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus, BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para los tratamientos, los pagos y las actividades de atención de la salud. También reconozco que BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier o BlueMedicare Saver 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.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Y0011_34977S_M 0819 CMS Accepted

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 el contenido de la misma. 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 uso interno:

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

Número de identificación del plan: _____

Fecha de inicio 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 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 médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP): _____

Apellido del médico de cabecera: _____

Número de identificación del médico de cabecera de Florida Blue: - (ie: 12345 ó 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 del Grupo del médico: _____

Número de Identificación del Grupo del médico de Florida Blue:

- (ie: 12345 ó 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

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.