

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para inscribirse en un plan, debe:

- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe 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 se usa 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 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.

Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite Medicare.gov.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Debe completar todos los elementos a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar cobertura por no haber incluido la información marcada como opcional.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en 0938-1378 de la OMB) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

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 o BlueMedicare Total al 1-800-966-4092. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-800-955-8773.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Un plan de salud de Medicare Advantage

Formulario de inscripción individual

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

- BlueMedicare **Complete** (HMO D-SNP) \$0 o hasta \$37.70 por mes (según su nivel de asistencia).
- BlueMedicare **Total** (HMO D-SNP) \$0 o hasta \$37.70 por mes (según su nivel de asistencia).

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: [M][M] [D][D] [A][A][A][A]	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Número de teléfono del hogar: () ()	Otro número de teléfono: () ()
--	--	--	-------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no se permite un apartado postal):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--------	---------	---------	----------------

Al proporcionar el/los número(s) de teléfono anteriores, usted acepta recibir llamadas sobre su cuenta y llamadas informativas y relacionadas con la atención médica que no sean de comercialización al/a los número(s) proporcionados, incluidas las llamadas que puedan usar tecnologías automatizadas y sin tener en cuenta las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de las llamadas o los mensajes. Si no desea recibir llamadas de voz automáticas, pregrabadas o artificiales a su número de teléfono móvil, comuníquese con nosotros al 1-800-926-6565.

Proporcione su información del seguro de Medicare:

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

Número de Medicare:	Fecha de vigencia de la parte A de Medicare: [M][M] [D][D] [A][A][A][A]	Fecha de vigencia de la Parte B: [M][M] [D][D] [A][A][A][A]
---------------------	--	--

Origen étnico y raza (opcional)

¿Usted es de origen hispano, latino o español? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español
- Sí, soy puertorriqueño
- Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- Elijo no responder.
- Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano
- Sí, soy cubano

¿Cuál es su raza? Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Chino
- Japonés
- De otro país de Asia
- Vietnamita
- Elijo no responder.
- Indígena asiático
- Filipino
- Coreano
- De otra isla del Pacífico
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Guameño o chamorro
- Hawaiano nativo
- Samoano

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:

- En español Braille, Audio, Letra grande

Comuníquese con BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total 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 equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8773. 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 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 y responda estas preguntas importantes (Las preguntas 2 - 6 son opcionales):

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos **recetados** (como VA, TRICARE) además de BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de ID para 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

Nombre de la institución: _____ Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección (calle y número): _____

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

Número de Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

5. ¿Tiene ayuda médica del estado de Florida y Medicare? Sí No

6. Escoja el nombre de un médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), de una clínica o de un centro de salud: _____

Cómo pagar las primas de su cobertura

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 puede optar por pagar la prima a través de deducciones automáticas del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o es posible que reciba una factura de Medicare (o la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total.

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.

Seleccione una opción para el pago de la prima (Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura 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 bancaria: _____ 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

(Las deducciones del Seguro Social y de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios pueden empezar en dos meses o más después 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 la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su petición de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.

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 y entender, 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 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 se me otorgó la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Se me otorgó 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 mudaré, vivo o recientemente me mudé de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados médicos no especializados o centro 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 por 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] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local) Una de las otras declaraciones aquí expresadas se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre.
- 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 bajo 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 o BlueMedicare Total llamando al 1-800-966-4092 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8773) 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, excepto el día de Acción de Gracias y 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 y firme debajo. Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

- Debo conservar tanto el plan hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total.
- Entiendo que mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Según mi leal saber, la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total e incluidos en la Evidencia de cobertura de BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total (también conocida como contrato de los miembros o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni BlueMedicare pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total ofrece beneficios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área.
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que BlueMedicare Complete o BlueMedicare Total divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y servicios de salud.
- También reconozco que BlueMedicare compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la obtención de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta solicitud de cobertura.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: (_____) _____

– _____

Relación con el inscrito:

Para uso interno:

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

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de 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: _____

Número de identificación del Agente de Florida Blue: _____

Número de licencia estatal del agente: _____

Número de confirmación del agente: _____

Indique la entidad de la factura: Sí No

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

| | | | | | | | (es decir: 12345 o 12345A)

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