

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- 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.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.

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 puntos, a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar la cobertura por no incluir información marcada como opcional.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una 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 (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, 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.

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 deducciones 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 1-877-955-8773.

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

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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

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.

Un plan de medicamentos recetados de Medicare

Formulario de inscripción individual

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

BlueMedicare **Premier Rx** (PDP) \$51.60 por mes

BlueMedicare **Complete Rx** (PDP) \$167 por mes

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:

MMDDYYYY

Sexo:

M F

Número de teléfono del hogar:

()

Número de teléfono móvil:

()

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal) (Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

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

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Al proporcionar un número de teléfono, usted confirma que es el suscriptor o usuario autorizado del número de teléfono proporcionado y acepta recibir llamadas y mensajes de texto en esos números y en nombre de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Florida Blue Medicare, Inc. y sus afiliadas, lo que incluye llamadas y mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática, mensajes de voz pregrabados o artificiales, o ambos. Los tipos de llamadas y mensajes de texto que usted acepta recibir incluyen mensajes sobre su plan y beneficios, mensajes sobre el servicio de su cuenta, mensajes relacionados con la atención médica y mensajes informativos que no serán para fines de comercialización. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes variará según la ocasión. Este servicio es compatible con las principales compañías de servicios de telefonía móvil. Aplican nuestros Términos de uso y nuestra Política de privacidad, ambos disponibles en línea en floridablue.com.

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:

MMDDYYYY

Fecha de vigencia de la Parte B:

MMDDYYYY

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las responde.

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

¿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

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

- Mujer No binario
 Hombre Uso un término diferente: _____
 Elijo no responder

¿Cuál de las siguientes opciones siente que le representa mejor? Seleccione una.

- Lesbiana o gay Uso un término diferente: _____
 Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana No sé
 Bisexual
 Elijo no responder

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:

Idioma: Español

Formato accesible (seleccione uno): Braille Letra grande CD de audio CD de datos

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 1-877-955-8773. 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 (la pregunta 2 es opcional):

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

Nombre de la otra cobertura:

N.º de ID 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

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

Dirección (calle y número): _____

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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx.

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):

- Recibir una factura.
- Efectuar una **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

- Efectuar una 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 apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta 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 aprueba 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, solo puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Además, hay excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare 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 (Open Enrollment Period, OEP) Medicare Advantage.
- 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). Esto ocurrió 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). Esto ocurrió 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 a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados médicos no especializados o centro de cuidados a largo plazo), vivo en uno o recientemente dejé de vivir en uno. Me mudé/mudaré al establecimiento o dejé/dejaré 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). Esto ocurrió el (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 finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará 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] 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 Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx llamando al 1-800-966-4092 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) 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 mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx.
- 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 de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.
- 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 los EE. UU.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx e incluidos en la Evidencia de Cobertura de BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx (también conocida como contrato de los miembros o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx ofrece 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.
- **Divulgación de información:** al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud.
- También reconozco que BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para 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 una persona autorizada (según se describió anteriormente) firma el documento, 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
---	---	---	---

Solo para aquellos que hayan ayudado al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente, un corredor, un asesores de SHIP, un familiar u otro tercero) que ayudó al inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ **Relación con el inscrito:** _____

Firma: _____

Número de productor nacional (solo agentes/intermediarios): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de las coberturas de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en las coberturas Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Comunicaciones por correo electrónico

El correo electrónico es una excelente manera de mantenerse en contacto. Ingrese su correo electrónico a continuación para optar por recibir mensajes de correo electrónico. Le enviaremos un mensaje de verificación después de que se inscriba. Una vez verificada, le enviaremos información importante sobre su plan y otra información, que incluye cómo configurar su cuenta en línea y cómo optar por recibir comunicaciones electrónicas.

Estas comunicaciones pueden contener información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que está protegida por la ley aplicable y, al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta y comprende que las comunicaciones pueden no estar cifradas y acepta el riesgo de que las comunicaciones electrónicas no cifradas puedan ser interceptadas y/o leídas por un tercero. Usted acepta que es el único responsable de la precisión, privacidad y seguridad de las direcciones de correo electrónico proporcionadas. También acepta la Política de privacidad y los Términos de uso de la plataforma que se encuentran en <https://www.floridablue.com/disclaimer/privacy> y en <https://www.floridablue.com/disclaimer/terms>.

Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (completar esta sección es opcional)

- Sí, me gustaría participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Entiendo que esta sección es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que mi firma a continuación significa que he leído y comprendo esta sección, y los "Términos y condiciones" a continuación.
- BlueMedicare Premier Rx o BlueMedicare Complete Rx me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante de dicho plan.

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 inscrito:** _____

Términos y condiciones

- La inscripción en el programa es gratuita y no se cobran cargos ni intereses en virtud de este. El programa no reduce el monto de los costos compartidos que debe por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si califica para el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) y se inscribe para recibirlo, obtendrá más ventajas que con su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Puede retirarse del programa en cualquier momento. Si se retira, igualmente deberá pagar cualquier saldo restante.
- Es importante que pague su factura mensualmente. Su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare finalizará si no paga el monto mensual facturado antes del final del período de gracia.
- Si se cancela su inscripción de manera voluntaria o involuntaria en nuestro plan de la Parte D, también finalizará su inscripción en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si se inscribe en un plan diferente, puede inscribirse en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en virtud de su nuevo plan.
- No podemos exigirle que responda preguntas ni proporcione documentación que demuestre su capacidad para pagar el saldo de su plan de pago de medicamentos recetados de Medicare como condición para participar en dicho plan. Tampoco podemos obtener una copia de su informe crediticio de una agencia de informes del consumidor.
- Los procedimientos de apelaciones y quejas en virtud de la Parte D se aplicarán al plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y se encuentran en la Evidencia de Cobertura.

Para ser utilizado únicamente por el plan de medicamentos recetados de Medicare:

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: _____

N.º de identificación del agente de Florida Blue: _____

N.º de licencia estatal del agente: _____

N.º de confirmación del agente: _____

Indique la entidad de la factura: Sí No