

Las personas con ingresos limitados quizás puedan calificar y recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicinas recetadas. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus 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 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 del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de equipo teleescritor (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 su cobertura de medicinas recetadas de Medicare, Medicare pagará una parte o toda la prima del plan. Si Medicare paga sólo una parte de la prima, le cobraremos la parte que Medicare no cubre.

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

Seleccione una opción de pago mensual:

Recibir una factura mensual.

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 jubilación de empleados ferroviarios (RRB) o del Seguro Social

Obtengo beneficios mensuales del: 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 RBB aceptan su solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RBB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que empiezan 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

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 diálisis; de lo contrario, tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicinas, incluyendo otra aseguradora privada, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (Veteran Administration, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicinas recetadas además de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier? Sí No

Si su respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y número(s) de identificación (ID) para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de identificación de esa 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 esposa 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

BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno federal. Tendré que conservar mis 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 o BlueMedicare Premier ofrece cobertura en áreas de servicio específicas. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Una vez que sea un asegurado de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier, 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 cobertura de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier 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 o BlueMedicare Premier, debo recibir todo mis servicios de salud por parte de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier, 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 o BlueMedicare Premier y otros servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier (también conocida como contrato de los asegurados o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI BLUEMEDICARE CLASSIC, NI BLUEMEDICARE CLASSIC PLUS O BLUEMEDICARE PREMIER 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 o BlueMedicare Premier, esta persona puede recibir pagos en función de mi inscripción en BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier.

Divulgación de información: Al afiliarse a este plan de salud de Medicare, usted reconoce que BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier 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 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 entendido 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 inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

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 asegurado: _____

<p>Para uso interno:</p> <p>Nombre del miembro del equipo/agente/intermediario (si ayudó durante la inscripción): _____</p> <p>Número de identificación del plan: _____</p> <p>Fecha de inicio de la cobertura: _____</p> <p>Período inicial de elección de cobertura (Initial Coverage Election Period, ICEP); Período de elección inicial (Initial Election Period, IEP): _____</p> <p>Período de elección anual (Annual Election Period, AEP): _____</p> <p>Período de elección especial (Special Election Period, SEP): (tipo): _____</p> <p>No es elegible: _____</p> <p>Número de identificación de proveedor nacional del médico de cabecera (PCP National Provider ID, NPI) _____</p>	<p>Nombre de la entidad: _____</p> <p>Cinco dígitos del número de identificación de la entidad (si se conoce) </p> <p>Fecha de recibida por el agente: _____</p> <p>Número de identificación del agente de Florida Blue: _____</p> <p>Número de licencia estatal del agente: _____</p> <p>Número de confirmación del agente: _____</p>
--	---