

Las personas con ingresos limitados podrían 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 coaseguro. 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 cubra.

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 (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 RRB 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 para medicinas recetadas además de BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice? 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 cónyuge trabajan? Sí No

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 Select o BlueMedicare Choice al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato o idioma diferente a lo que aparece arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y días feriados. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770.

STOP Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en uno de nuestros planes BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice 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 nuestro plan BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice. 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, sólo puede inscribirse a un Plan de medicinas recetadas de Medicare durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Hay excepciones que posiblemente le permitan afiliarse 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 las casillas siguientes, 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.
- Recientemente me mudé fuera del área de cobertura 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):
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Obtengo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicinas recetadas de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el día (escriba la fecha):
- 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 día (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa de cuidado todo incluido para personas mayores (Program of All-inclusive Are for the Elderly, PACE) el día (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 día (escriba la fecha)
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el día (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.
- 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):

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro(a), comuníquese con BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice al 1-800-876-2227 (los usuarios de equipo teleescritor [TTY] deben llamar al 1-800-955-8770) para ver 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 de octubre al 14 de febrero. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y días feriados.

Lea y firme abajo:

Al llenar esta solicitud de inscripción acepto lo siguiente:

BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice son planes de Medicare Advantage y tienen 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 Select o BlueMedicare Choice ofrecen sus servicios en áreas específicas. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice, 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 Select o BlueMedicare Choice, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca de los pagos o los servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice 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 desde la fecha en que empiece la cobertura de BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, excepto para servicios de emergencia o de urgencia necesarios o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice proporciona reembolsos por todos los beneficios cubiertos, aún si recibo beneficios fuera de la red. Se cubrirán los servicios autorizados por BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice y otros servicios incluidos en mi Evidencia de cobertura de BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice (también conocidos como contrato de los asegurados o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUEMEDICARE SELECT O BLUEMEDICARE CHOICE PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, un representante u otra persona empleada o contratada por Florida Blue, esta persona puede recibir pagos basados en mi inscripción a BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice.

Divulgación de información: Al afiliarse a este plan de salud de Medicare, usted reconoce que BlueMedicare Select o BlueMedicare Choice 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 Select o BlueMedicare Choice 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 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 solicitante:** _____

<p>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: _____</p>	<p>Nombre de la entidad: _____ Cinco dígitos del número de identificación 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: _____</p>
---	---