

P.O. Box 45296
 Jacksonville, FL 32232-5296

Comuníquese con BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier, suministre la siguiente información:

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

BlueMedicare **Classic** (HMO) \$0 por mes BlueMedicare **Classic Plus** (HMO) \$0 por mes

BlueMedicare **Premier** (HMO) \$0 por mes

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | Sexo: Número de teléfono del hogar: Otro número de teléfono:
 M M D D A A A A A M F () ()

Dirección de residencia permanente (no se permite un P.O. Box): _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (sólo si es diferente de la dirección de residencia permanente):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |

Proporcione su información del seguro de Medicare

<p>Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare. <input type="radio"/> • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro social o de la Junta de retiro ferroviario (Railroad Retirement Board) 	<p>Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a _____ Fecha de inicio _____</p> <p>COBERTURA PARA HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>COBERTURA MÉDICA (Parte B) _____</p> <p>Debe tener derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>
--	--

Cómo pagar la Prima de su Plan:

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o que ha recibido una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo o 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 beneficios de Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes. Si se está evaluando la posibilidad de cobrarle una Cantidad de ajuste mensual por la Parte D relacionada con sus ingresos (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 retenga esa cantidad de su cheque de beneficios o que Medicare o la RRB le envíen directamente la factura. NO pague a BlueMedicare Classic, a BlueMedicare Classic Plus o a BlueMedicare Premier el IRMAA de la Parte D.

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 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 una multa por inscripción 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 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 (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 RRB 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

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 otro seguro privado, 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 or BlueMedicare Premier? Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, mencione la otra cobertura y número 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

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 un formato accesible: Español Braille, grabación de audio, copia con letras grandes

Comuníquese con BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier al 1-800-926-6565 si necesita información en otro formato accesible diferente a los que se mencionan. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto por el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, cinco días a la semana. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, los domingos y los feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro, comuníquese con BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier al 1-800-276-2227 (los usuarios de equipo teleescritor [TTY] deben llamar al 1-877-955-8773) y vea si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el Día de Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora local.

Lea y firme abajo

Al llenar esta solicitud de inscripción acepto lo siguiente:

BlueMedicare Classic, BlueMedicare Classic Plus o BlueMedicare Premier 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 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 miembro 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 todos 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 del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI BLUEMEDICARE CLASSIC, NI BLUEMEDICARE CLASSIC PLUS NI 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 inscribirse 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 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 miembro: _____

<p>Para uso interno: 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>Nombre de la entidad: _____</p> <p>Número de identificación de la entidad de cinco dígitos (si se conoce): _ _ _ _ _ </p> <p>Fecha de recibido por parte del 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>
<p>Nombre del médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP): _____</p> <p>Apellido del médico de cabecera: Número de identificación del médico de cabecera de Florida Blue: _ _ _ _ _ - _ _ (ejemplo: 12345 ó 12345A)</p> <p>Número de identificación de 10 dígitos de Proveedor Nacional (National Provider ID, NPI) para el médico de cabecera: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>¿Es usted paciente de este médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	<p>Nombre del Grupo del médico: _____</p> <p>Número de Identificación del Grupo del médico de Florida Blue: _ _ _ _ _ _ _ - _ _ (ejemplo: 12345 ó 12345A)</p> <p>Número de Identificación de 10 dígitos de Proveedor Nacional (NPI) para el Grupo del médico: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>¿Es usted actualmente paciente de este Grupo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>

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.