



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

BlueMedicare SM Premier Rx (PDP)
BlueMedicare SM Complete Rx (PDP)
BlueMedicare SM Value Rx (PDP)
Un Plan de medicinas recetadas de Medicare
Formulario de inscripción individual

Comuníquese con BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o con BlueMedicare Value Rx, suministre la siguiente información:

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:
BlueMedicare Premier Rx (PDP) \$66.20 por mes
BlueMedicare Complete Rx (PDP) \$155.90 por mes
BlueMedicare Value Rx (PDP) \$40.60 por mes

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

Fecha de nacimiento: MM DD AAAA Sexo: M F Número de teléfono del hogar: Otro número de teléfono:

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

Ciudad: 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

Form section for Medicare information including name, Medicare number, and coverage details (Part A and B).

Cómo pagar la Prima de su Plan:
Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que aplique) por correo o Transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes.

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](http://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.

**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 de beneficios de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios (RRB) o del Seguro Social

Obtengo 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 deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB 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. 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 Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx?  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: \_\_\_\_\_

2. ¿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: \_\_\_\_\_

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 Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato o idioma diferente a lo que aparece arriba. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-955-8773. Nuestro 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 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.



## Lea esta información importante

Si es miembro de un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el mantenimiento de la salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una Organización de Proveedores Preferentes [Preferred Provider Organization, PPO]), es posible que ya tenga una cobertura para medicinas recetadas de su plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Al afiliarse a BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx, su membresía del plan BlueMedicare Advantage podría finalizar. Esto afectará tanto su cobertura médica como de hospital, también su cobertura para medicinas recetadas. Lea la información que le envía su Plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con su Plan Medicare Advantage.

**Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en uno de nuestros planes BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx 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 BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx.** 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 en un Plan Medicare Advantage 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 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 sea anulado.

- Tengo Medicare por primera vez.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta (MA OEP) de Medicare Advantage.
- 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 en (escriba la fecha):
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién ingresé a Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha):
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicinas recetadas de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, hubo 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 las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar por mi cobertura para medicinas recetadas de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Vivo en, o recientemente dejé de vivir en, un Establecimiento de cuidados a largo plazo (por ejemplo: un Establecimiento de enfermería especializada o un establecimiento de cuidados a largo plazo). Me mudé/me 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 Care for the Elderly, PACE) el (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.
- Medicare (o mi estado) me ha inscrito en un plan pero deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (escriba la fecha):
- He sido afectado por una emergencia relacionada con el clima o por una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)). Una de las otras declaraciones que se indican aquí aplicó en mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro(a), comuníquese con BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx al 1-800-876-2227 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 Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx es un plan de medicinas recetadas de Medicare y tiene un contrato con el gobierno Federal. Entiendo que esta cobertura para medicinas recetadas es adicional a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, debo conservar mi cobertura de las Partes A o B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx sobre cualquier cobertura para medicinas recetadas que tenga o pueda tener en el futuro. Sólo puedo estar en un plan de medicinas recetadas de Medicare a la vez. Si actualmente estoy en un plan de medicinas recetadas de Medicare, mi inscripción en BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx cancelará esa inscripción. Por lo general, la inscripción a este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré salir de este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, por lo general, durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique para ciertas circunstancias especiales.

BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx brindan servicio en un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Entiendo que debo utilizar farmacias de la red excepto en caso de emergencia, cuando no puedo usar farmacias de BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx con justificación. Una vez que me convierta en miembro de BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx, 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 Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura.

Entiendo que si abandono este plan y no tengo u obtengo otra cobertura para medicinas recetadas de Medicare o una cobertura acreditable para medicinas recetadas (tan buena como la de Medicare), es posible que en el futuro deba pagar una multa por afiliación tardía además de mi prima para la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, representante u otra persona empleada o contratada por BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx, esta persona puede recibir pagos en función de mi inscripción en BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx.

Es posible que haya disponibles, en el estado en el que resido, servicios de asesoría acerca del seguro suplementario a Medicare u otras opciones de planes de medicinas recetadas o Medicare Advantage, al igual que asistencia médica a través del programa estatal Medicaid y del Programa de descuentos de Medicare.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de medicinas recetadas de Medicare, reconozco que BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para los tratamientos, los pagos y los servicios de salud. También reconozco que BlueMedicare Premier Rx, BlueMedicare Complete Rx o BlueMedicare Value Rx 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 A A A A

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** |\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|\_|

**Relación con el asegurado:** \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Número de identificación de la entidad de cinco dígitos (si se conoce): |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Fecha de recibido por parte del agente: \_\_\_\_\_

Número de identificación del agente de Florida Blue: \_\_\_\_\_

Número de licencia estatal del agente: \_\_\_\_\_

Número de confirmación del agente: \_\_\_\_\_

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.