Florida Blue

BlueMedicare℠ Complete (HMO SNP)

Un Plan de salud de Medicare Advantage

Formulario de inscripción individual

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

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

Para inscribirse en BlueMedicare Complete, proporcione la siguiente información:

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

❍ BlueMedicare Complete (HMO SNP) (Broward, Hillsborough, Miami-Dade, Orange, Palm Beach, Polk) $30.30 por mes

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

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

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

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

- O -

- 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)

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a	Fecha de inicio
COBERTURA PARA HOSPITAL (Parte A)	_____
COBERTURA MÉDICA (Parte B)	_____

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para poder inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Cómo pagar la Prima de su Plan:

Puede pagar la prima mensual de su plan (además de cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar actualmente o más adelante) por correo o por Transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) a través de su cuenta bancaria. También tiene la opción de pagar sus primas mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de empleados ferroviarios (RRB) 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 se le retenga esa cantidad de su cheque de beneficios o que Medicare o la RRB le envíen directamente la factura. No pague a BlueMedicare Complete 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 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.

❍ **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 ❍ 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. ¿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 Complete? ❍ 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

6. Si se está inscribiendo en BlueMedicare Complete, ¿tiene Asistencia Médica del Estado de Florida y de Medicare?
   ❍ 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 ☐ Braile, grabación de audio, copia con letras grandes

Comuníquese con BlueMedicare Complete al 1-800-926-6565 si necesita información en un formato o idioma accesible diferente a los que se mencioanron anteriormente. 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. Sin embargo, desde el 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. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-955-8773.

PARE Lea esta información importante

Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en BlueMedicare Complete 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 Complete. 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 inscribirse en 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 la 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.
- ❍ 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/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): |__|__| |__|__| |__|__|__
- ❍ 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): |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- ❍ 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, comuníquese con BlueMedicare Complete al 1-800-876-2227 (los usuarios de 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 Complete 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 Complete sirve a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Complete, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Una vez que sea un miembro de BlueMedicare Complete, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca de los pagos o servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de BlueMedicare Complete 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 a partir de la fecha de inicio de la cobertura de BlueMedicare Complete debo recibir todos los servicios de salud por parte de BlueMedicare Complete, excepto los servicios de emergencia o de urgencia necesarios o los servicios de diálisis fuera del área de servicio. Estarán cubiertos los servicios autorizados por BlueMedicare Complete y otros servicios incluidos en la Evidencia de cobertura (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUEMEDICARE COMPLETE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, un representante u otra persona empleada o contratada por BlueMedicare Complete, esta persona puede recibir pagos con base en mi inscripción en este plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de medicinas recetadas de Medicare, reconozco que BlueMedicare Complete divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para fines de tratamientos, pagos y servicios de salud. También reconozco que BlueMedicare Complete 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 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: _____
Nombre del médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP): _____ Apellido del médico de cabecera: _____ Número de identificación del médico de cabecera de Florida Blue: |___|___|___|___|___| - |___| (ejemplo: 12345 ó 12345A) Número de identificación de 10 dígitos de Proveedor Nacional (National Provider ID, NPI) para el médico de cabecera: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| ¿Es usted paciente de este médico? ❍ Sí ❍ No	Nombre del Grupo del médico: _____ Número de Identificación del Grupo del médico de Florida Blue: |___|___|___|___|___| - |___| (ejemplo: 12345 ó 12345A) Número de Identificación de 10 dígitos de Proveedor Nacional (NPI) para el Grupo del médico: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| ¿Es usted actualmente paciente de este Grupo? ❍ Sí ❍ No

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.