

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### Para inscribirse en un plan, debe:

- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo se usa este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov).

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Debe completar todos los puntos, a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar la cobertura por no incluir información marcada como opcional.

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducciones de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

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

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-877-955-8773.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160/ TTY: 1-877-955-8773 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en 0938-1378 de la OMB) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

Un plan de salud de Medicare Advantage

# Formulario de inscripción individual

**Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:**

- FHCP Medicare Rx Savings \$0 por mes       FHCP Medicare Premier Advantage \$0 por mes  
 FHCP Medicare Rx Plus \$49 por mes       FHCP Medicare Rx Plus POS \$119 por mes

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Número de teléfono del hogar: (    )	Número de teléfono móvil: (    )
--	--	---	-------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal) (Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Al proporcionar la información anterior, usted confirma que es el suscriptor o usuario autorizado de los números de teléfono proporcionados y acepta recibir llamadas y mensajes de texto en esos números y en nombre de Florida Blue Medicare, Inc., DBA FHCP Medicare, y sus afiliadas, lo que incluye llamadas y mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática, mensajes de voz pregrabados o artificiales, o ambos, y sin tener en cuenta las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Los tipos de llamadas y mensajes de texto que usted acepta recibir incluyen mensajes sobre su plan y beneficios, mensajes sobre el servicio de sus cuentas, mensajes relacionados con la atención médica y mensajes informativos que no serán para fines de comercialización. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento. La frecuencia de los mensajes variará según la ocasión. Este servicio es compatible con las principales compañías de servicios de telefonía móvil.

**Proporcione su información del seguro de Medicare:**

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

Número de Medicare:	Fecha de vigencia de la Parte A: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]	Fecha de vigencia de la Parte B: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]
---------------------	--	--

**Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.****¿Usted es de origen hispano, latino o español?** Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino o español       Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano  
 Sí, soy puertorriqueño       Sí, soy cubano  
 Sí, soy de otro origen hispano, latino o español  
 **Elijo no responder**

**¿Cuál es su raza?** Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- Indígena americano o nativo de Alaska       Indoasiático       Negro o afroamericano  
 Chino       Filipino       Guameño o chamorro  
 Japonés       Coreano       Hawaiano nativo  
 De otro país de Asia       De otra isla del Pacífico       Samoano  
 Vietnamita       Blanco

Elijo no responder

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

Mujer

No binario

Hombre

Uso un término diferente: \_\_\_\_\_

Elijo no responder

¿Cuál de las siguientes opciones siente que le representa mejor? Seleccione una.

Lesbiana o gay

Uso un término diferente: \_\_\_\_\_

Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana

No sé

Bisexual

Elijo no responder

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

Idioma:  Español

Formato accesible (seleccione uno):  Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos

Comuníquese con FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160 si necesita información en un formato accesible o idioma distintos de las opciones que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773.

Lea y responda estas preguntas importantes (las preguntas 2-5 son opcionales):

1. ¿Usted tiene otra cobertura de **medicamentos** recetados (como VA, TRICARE) además de FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de ID de esta cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

2. ¿Reside usted en un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada?  Sí  No

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (calle y número): \_\_\_\_\_

3. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?  Sí  No

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

4. ¿Usted o su cónyuge trabaja?  Sí  No

5. Escoja el nombre de un médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), de una clínica o de un centro de salud: \_\_\_\_\_

**Pagos de la prima de su plan:**

- **Para miembros que se inscriban en FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage**, si determinamos que usted está sujeto a una multa por inscripción tardía (o que ya ha sido notificado de una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere pagarla.
- **Para miembros que se inscriban en FHCP Medicare Rx Plus o FHCP Medicare Rx Plus POS**, puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) por correo, por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o con tarjeta de crédito cada mes. Debemos saber cómo prefiere pagarla.

**Seleccione una opción para el pago de la prima** (Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual):

- Recibir una factura.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. (FHCP Medicare le enviará una carta con más instrucciones para configurar esta opción).
- Tarjeta de crédito (FHCP Medicare le enviará una carta con más instrucciones para configurar esta opción).
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de 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 de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

**Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan.** El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o es posible que reciba una factura de Medicare (o la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a FHCP Medicare.

### Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

**Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle 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 que aparecen a continuación, está certificando que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

- Tengo Medicare por primera vez.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Open Enrollment Period, OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de cobertura de mi plan actual o me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha):
- Hace poco salí de prisión. Salí el (escriba la fecha):
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Volví el (escriba la fecha):
- Recientemente se me otorgó la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve 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 mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a un establecimiento de cuidados a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej.: un centro de enfermería especializada o de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al establecimiento o dejé/dejaré de vivir allí el (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa de Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Esto ocurrió el (escriba la fecha):
- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha):
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha):
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará el contrato con mi plan.

- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha):
- Estuve inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se necesita para pertenecer a ese plan. Fui dado de baja del SNP el (escriba la fecha):
- Me afectó una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local) Una de las otras declaraciones aquí expresadas correspondía a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- Estaba inscrito en un plan que está experimentando dificultades financieras hasta tal punto que una autoridad reguladora territorial o estatal ha colocado a la organización bajo administración judicial.
- Estaba inscrito en un plan identificado con el icono de bajo desempeño (low performing icon, LPI).

Si ninguna de estas afirmaciones corresponde a su caso o si tiene dudas, comuníquese con FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

**Lea y firme debajo. Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

- Debo conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage.
- Entiendo que mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Según mi leal saber, la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage. Ni Medicare ni FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Llame a FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160. Si me mudo fuera del área de servicio de FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área.
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, los pagos y los servicios de salud.
- También reconozco que FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings o FHCP Medicare Premier Advantage compartirán mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la obtención de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).



## Participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (completar esta sección es opcional)

Sí, me gustaría participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

- Entiendo que esta sección es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings, FHCP Medicare Premier Advantage se comunicarán conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que mi firma a continuación significa que he leído y comprendo esta sección, y los "Términos y condiciones" a continuación.
- FHCP Medicare Rx Plus, FHCP Medicare Rx Plus POS, FHCP Medicare Rx Savings, FHCP Medicare Premier Advantage me enviarán un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante de dicho plan.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

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

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relación con el inscrito:** \_\_\_\_\_

### Términos y condiciones

- La inscripción en el programa es gratuita y no se cobran cargos ni intereses en virtud de este. El programa no reduce el monto de los costos compartidos que debe por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si califica para el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) y se inscribe para recibirlo, obtendrá más ventajas que con su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos deben realizarse con depósitos a través de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House, ACH).
- Puede retirarse del programa en cualquier momento. Si se retira, igualmente deberá pagar cualquier saldo restante.
- Es importante que pague su factura mensualmente. Su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare finalizará si no paga el monto mensual facturado antes del final del período de gracia.
- Si se cancela su inscripción de manera voluntaria o involuntaria en nuestro plan de la Parte D, también finalizará su inscripción en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si se inscribe en un plan diferente, puede inscribirse en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en virtud de su nuevo plan.
- No podemos exigirle que responda preguntas ni proporcione documentación que demuestre su capacidad para pagar el saldo de su plan de pago de medicamentos recetados de Medicare como condición para participar en dicho plan. Tampoco podemos obtener una copia de su informe crediticio de una agencia de informes del consumidor.
- Los procedimientos de apelaciones y quejas en virtud de la Parte D se aplicarán al plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y se encuentran en la Evidencia de Cobertura.
- Para obtener información adicional sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese llamando al 1-877-282-2779.

**Para uso interno:**

Nombre del miembro del equipo/agente/intermediario  
(si ayudó durante la inscripción):

N.º de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_

AEP: \_\_\_\_\_

SEP (tipo): \_\_\_\_\_

No es elegible: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de proveedor del PCP: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad:

Número de identificación de 5 dígitos de la entidad  
(si se conoce):

--	--	--	--	--

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

N.º de identificación del agente de FHCP Medicare: \_\_\_\_\_

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

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