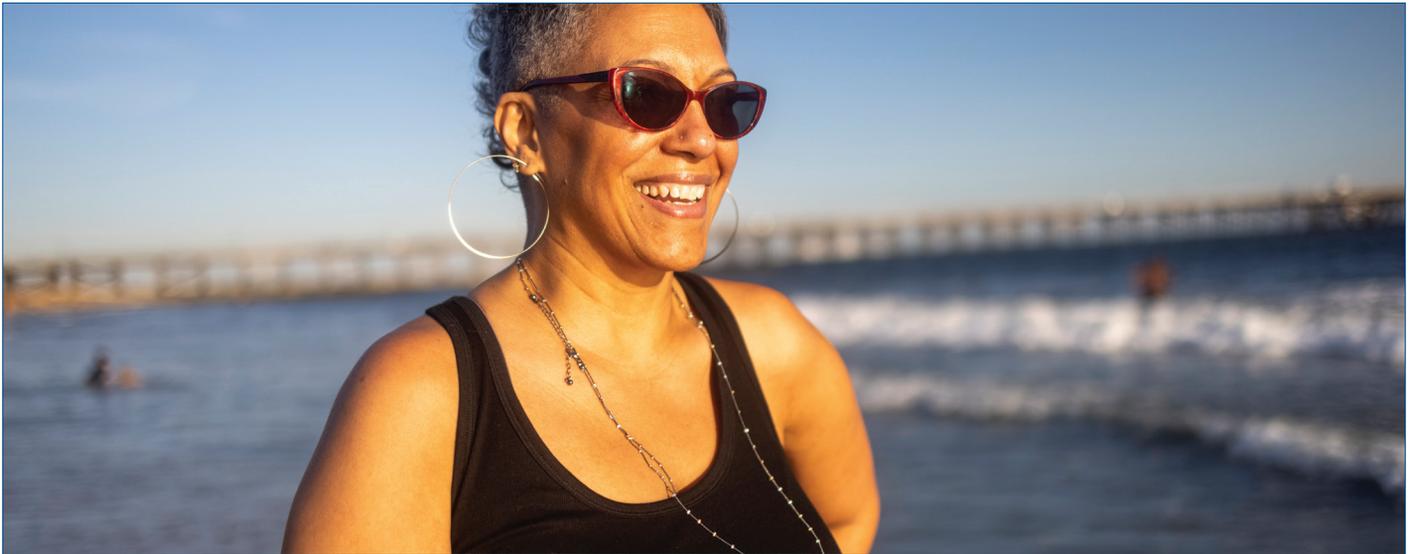


# 2025 Guía de Inscripción

FHCP Medicare **Rx Plus** (HMO-POS) H1035-002

FHCP Medicare **Rx Savings** (HMO) H1035-014

FHCP Medicare **Premier Advantage** (HMO) H1035-040



**Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia**

# Bienvenido

## Aquí encontrará todo lo que necesita para formar parte de la comunidad de FHCP Medicare.

Este folleto ayudará a que la inscripción en FHCP Medicare sea lo más fácil posible. También explica lo que sucederá inmediatamente después de que se inscriba y la manera en la que puede comenzar a averiguar cómo FHCP Medicare será su socio para una buena salud.

### Este folleto contiene:



Un **resumen de beneficios** incluidos en su plan



Información sobre la **red de proveedores** de su plan y cómo encontrar un médico



Información sobre los beneficios **de los medicamentos recetados** de Medicare y cómo ahorrar lo máximo posible en medicamentos recetados



**Los pasos para la inscripción** que lo guiarán a través del proceso



**Todos los formularios** que necesita para inscribirse en su plan



Información sobre lo que sucederá **después de inscribirse** en su plan y qué esperar de este

---

**Si tiene preguntas... estamos a su disposición.**

**1-844-672-7324 (TTY: 1-877-955-8773)**

**Del 1 de octubre al 31 de marzo:** los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, excepto durante el Día de Acción de Gracias y Navidad, y del 1 de **abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local

# Índice de contenido

## Acerca de Medicare Advantage

|  |   |
|--|---|
| ¿Qué es Medicare Advantage? .....                            | 4 |
| Información importante sobre la inscripción a Medicare ..... | 5 |

## Mis Beneficios

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Un vistazo a los beneficios ..... | 6  |
| Resumen de beneficios .....       | 11 |

## Información de Inscripción

|   |    |
|---|----|
| ¿Está listo para inscribirse? .....                               | 40 |
| Formularios utilizados para la inscripción .....                  | 41 |
| Lista de verificación previa a la inscripción .....               | 42 |
| Formulario de inscripción individual .....                        | 43 |
| Autorización de la información médica protegida .....             | 63 |
| Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas ..... | 67 |
| Lista de verificación para la inscripción .....                   | 75 |

## ¿Y después?

|   |    |
|---|----|
| Cómo aprovechar al máximo el dinero .....         | 84 |
| Lo que puede esperaren los primeros 90 días ..... | 86 |

# ¿Qué es Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage son planes de salud ofrecidos por seguros privados que tienen un contrato con Medicare.

## MEDICARE ORIGINAL

Proporcionado por el Gobierno Federal



Cubre estadías en el hospital, centros de enfermería especializada y servicios de salud en el hogar



Cubre visitas a médicos y visitas ambulatorias como exámenes de laboratorio, radiografías y terapia física

## PLAN SUPLEMENTARIO A MEDICARE



Cubre algunos o todos los costos que no cubren las partes A y B, como deducibles, copagos y coseguro

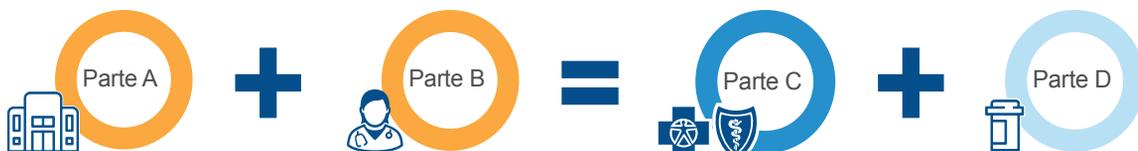
## PLAN PARTE D DE MEDICARE



Cubre medicinas recetadas

## PLAN MEDICARE ADVANTAGE

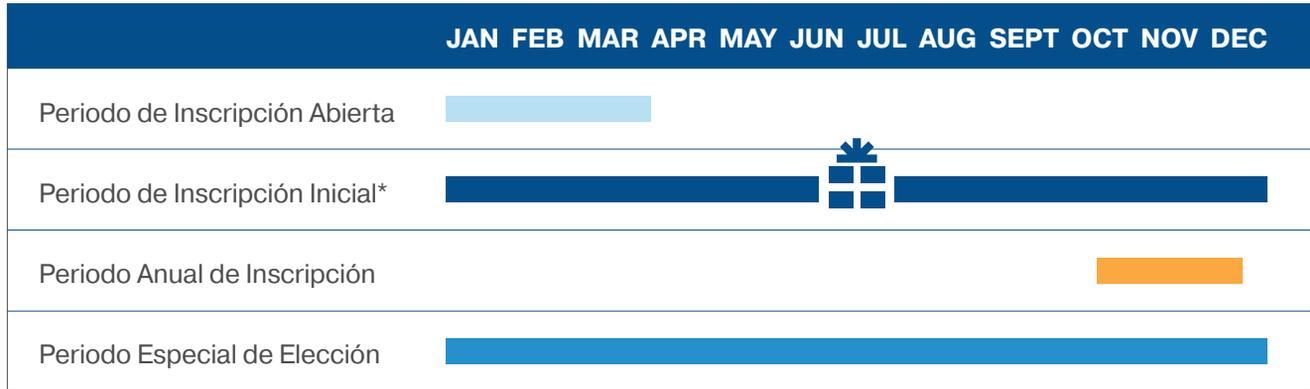
Ofrecido por compañías privadas de seguros



Combina la Parte A y la Parte B de **Medicare Original** en un plan

La mayoría de los planes ofrece beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original; además los **planes MAPD** incluyen cobertura para medicinas recetadas.

# Información importante sobre la inscripción a Medicare



\* 3 mese antes/después e incluye el mes en que cumple los 65 años.

## Periodo de Inscripción Abierta (OEP)

El Periodo de Inscripción Abierta ocurre del **1 de enero al 31 de marzo**. Durante este periodo, si está inscrito en un plan de Medicare Advantage (MA), usted puede elegir por única vez si desea cambiar a otro plan MA o a un plan Medicare Original. Si se inscribe a Medicare Original, también podría comprar un plan Suplementario a Medicare y/o un plan de Medicinas recetadas.

**Nota:** No hay un periodo de emisión garantizada de inscripción para los planes Suplementarios a Medicare.

## Periodo Anual de Inscripción (AEP)

Cada año, desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**, puede cambiarse de plan, darse de baja o inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un Plan de medicinas recetadas de Medicare que prefiera. También puede inscribirse a Medicare Original. El plan que escoja entra en vigencia el 1 de enero del próximo año.

## Periodo de Inscripción Inicial

Cuando usted es elegible para Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare Original o en un plan de salud de Medicare o en un Plan de medicinas recetadas durante los tres meses anteriores al mes en que cumple 65 años, durante el mes de su cumpleaños y durante los tres meses que siguen al mes de su cumpleaños.

## Periodo Especial de Elección (SEP)

Luego de algunos eventos en la vida, tales como una mudanza reciente o la pérdida de su cobertura por parte de su empleador o unión, puede ser elegible para un Periodo de Especial de Elección. Si piensa que califica, consulte a su agente de ventas local.

## Un vistazo a los beneficios

|  | FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) | FHCP Medicare Rx Savings (HMO) | FHCP Medicare Premier Advantage (HMO) |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|

### Costos y detalles del plan

| Número de PBP  | H1035-002  | H1035-014   | H1035-040  |
|--|--|---|--|
| Área de servicio   | Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns, Volusia                               | Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns, Volusia  | Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns, Volusia                               |
| ¿De cuánto es la prima mensual?  | <b>\$49</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.       | <b>\$0</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.<br><b>FHCP Medicare reducirá su prima de la Parte B de Medicare hasta en \$82</b> | <b>\$0</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.        |
| ¿De cuánto es el deducible?  | <b>\$0</b> por servicios de atención médica                                  | <b>\$0</b> por servicios de atención médica   | <b>\$0</b> por servicios de atención médica                                  |
| ¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios médicos cubiertos? | <b>\$3,400</b> por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. | <b>\$9,350</b> por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.  | <b>\$5,100</b> por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. |

### Beneficios médicos y hospitalarios

|                               |  |   |  |
|-------------------------------|--|---|--|
| Visitas al consultorio médico | <b>\$0 de copago</b> Médico de atención primaria<br><b>\$20 de copago</b> Especialista | <b>\$20 de copago</b> Médico de atención primaria<br><b>\$50 de copago</b> Especialista | <b>\$0 de copago</b> Médico de atención primaria<br><b>\$0-\$30 de copago</b> Especialista |
| Atención preventiva           | <b>\$0 de copago</b>   | <b>\$0 de copago</b>  | <b>\$0 de copago</b>   |

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Centro de hospitalización</b>             | Días 1 a 6: <b>\$300 de copago</b> por día. Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.  | Días 1 a 4: <b>\$500 de copago</b> por día. Después del día 4, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.   | Días 1 a 6: <b>\$320 de copago</b> por día. Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.  |
| <b>Servicios ambulatorios en el hospital</b> | <b>\$200 de copago</b>  | <b>\$400 de copago</b>   | <b>\$250 de copago</b>  |
| <b>Cirugía ambulatoria</b>                   | <b>\$150 de copago</b> en un centro de cirugía ambulatoria.<br><b>\$200 de copago</b> en un centro de atención ambulatoria.                           | <b>\$300 de copago</b> en un centro de cirugía ambulatoria.<br><b>\$400 de copago</b> en un centro de atención ambulatoria.                            | <b>\$200 de copago</b> en un centro de cirugía ambulatoria.<br><b>\$250 de copago</b> en un centro de atención ambulatoria.                           |
| <b>Servicios de urgencia necesarios</b>      | <b>\$0 de copago</b> por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP.<br><b>\$20 de copago</b> en un centro de atención de urgencia. | <b>\$20 de copago</b> por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP.<br><b>\$45 de copago</b> en un centro de atención de urgencia. | <b>\$0 de copago</b> por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP.<br><b>\$30 de copago</b> en un centro de atención de urgencia. |
| <b>Sala de emergencia</b>                    | <b>\$100 de copago</b>  | <b>\$100 de copago</b>   | <b>\$125 de copago</b>  |

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D<sup>1</sup>

|                  |   |  |   |
|------------------|---|--|---|
| <b>Deducible</b> | <b>\$0 por año</b> para los medicamentos recetados de la Parte D. | <b>\$590 por año</b> para los medicamentos recetados de la Parte D. Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en los Niveles 3, 4 y 5. | <b>\$295 por año</b> para los medicamentos recetados de la Parte D. Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en los Niveles 4 y 5. |
|------------------|---|--|---|

### Lo que paga en una farmacia preferida por un suministro de 31 días

|  |                       |   |                       |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| <b>Nivel 1</b><br>(Genéricos preferidos) | <b>\$0 de copago</b>  | <b>\$0 de copago</b>                    | <b>\$0 de copago</b>  |
| <b>Nivel 2</b><br>(Genéricos)            | <b>\$0 de copago</b>  | <b>\$10 de copago</b>                   | <b>\$5 de copago</b>  |
| <b>Nivel 3</b><br>(Marca preferida)      | <b>\$42 de copago</b> | Deducible y luego <b>\$45 de copago</b> | <b>\$44 de copago</b> |

**Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D<sup>1</sup> (continuación)**

|                                   |                        |  |  |
|-----------------------------------|------------------------|--|--|
| <b>Nivel 4</b><br>(No preferidos) | <b>25% de coseguro</b> | Deducible y luego <b>25% de coseguro</b> | Deducible y luego <b>25% de coseguro</b> |
| <b>Nivel 5</b><br>(Especialidad)  | <b>33% de coseguro</b> | Deducible y luego <b>25% de coseguro</b> | Deducible y luego <b>29% de coseguro</b> |
| <b>Nivel 6</b><br>(Vacunas)       | <b>\$0 de copago</b>   | <b>\$0 de copago</b>                     | <b>\$0 de copago</b>                     |

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

**Lo que paga en una farmacia FHCP de pedido por correo por un suministro de 93 días**

|  |                        |                                    |                                    |
|--|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nivel 1</b><br>(Genéricos preferidos) | <b>\$0 de copago</b>   | <b>\$0 de copago</b>               | <b>\$0 de copago</b>               |
| <b>Nivel 2</b><br>(Genéricos)            | <b>\$0 de copago</b>   | <b>\$27 de copago</b>              | <b>\$12 de copago</b>              |
| <b>Nivel 3</b><br>(Marca preferida)      | <b>\$123 de copago</b> | Deducible y <b>\$132 copago</b>    | <b>\$129 de copago</b>             |
| <b>Nivel 4</b><br>(No preferidos)        | <b>25% de coseguro</b> | Deducible y <b>25% de coseguro</b> | Deducible y <b>25% de coseguro</b> |

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses ni pagará más de \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

## Beneficios adicionales

### Servicios de la vista

**\$15 de copago** por examen de la vista de rutina anual.

**Subsidio de \$90** cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

**\$15 de copago** por examen de la vista de rutina anual.

**Subsidio de \$90** cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

**\$0 de copago** por examen de la vista de rutina anual.

**Subsidio de \$180** cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

### Servicios de audición y audífonos

**\$0 de copago** por examen auditivo de rutina por año.

**\$0 de copago** por evaluación y ajuste de audífonos.

**Subsidio máximo de \$300** por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

**\$0 de copago** por examen auditivo de rutina por año.

**\$0 de copago** por evaluación y ajuste de audífonos.

**Subsidio máximo de \$300** por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

**\$0 de copago** por examen auditivo de rutina por año.

**\$0 de copago** por evaluación y ajuste de audífonos.

**Subsidio máximo de \$300** por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

### Servicios dentales

**\$0 de copago** para los siguientes servicios:

- Exámenes bucales, limpiezas y radiografías
- Extracciones no quirúrgicas
- Ajustes de prótesis dentales completas o parciales

Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los límites y la frecuencia de la cobertura.

No es aplicable

**\$0 de copago** para los siguientes servicios:

- Exámenes bucales, limpiezas y radiografías
- Extracciones no quirúrgicas
- Ajustes de prótesis dentales completas o parciales

Consulte la Evidencia de Cobertura para conocer los límites y la frecuencia de la cobertura.

### Recompensas de FHCP Medicare

Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos

Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos

Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos

## Beneficios adicionales (continuación)

---

**Programa de  
acondicionamiento  
físico preferido**

Visitas ilimitadas  
gratuitas a los centros  
de acondicionamiento  
físico y gimnasios  
participantes en el área  
de servicio de FHCP  
Medicare

Visitas ilimitadas  
gratuitas a los centros  
de acondicionamiento  
físico y gimnasios  
participantes en el área  
de servicio de FHCP  
Medicare

Visitas ilimitadas  
gratuitas a los centros  
de acondicionamiento  
físico y gimnasios  
participantes en el área  
de servicio de FHCP  
Medicare

---

# Resumen de beneficios de 2025

## Planes Medicare Advantage con la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

FHCP Medicare **Rx Plus** (HMO-POS) H1035-002

FHCP Medicare **Rx Savings** (HMO) H1035-014

FHCP Medicare **Premier Advantage** (HMO) H1035-040

**1/1/2025 – 12/31/2025**



El área de servicio del plan incluye:

**Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia**

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte sobre la “**Evidencia de cobertura**”. También puede consultar la “Evidencia de cobertura” para este plan en nuestro sitio web, [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

Si desee saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted 2025*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## ¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito a la Parte B de Medicare y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio**.

**Nuestra área de cobertura incluye los siguientes condados de Florida: Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia**

---

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

**FHCP Medicare Rx Savings (HMO)** y **FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios.

**FHCP Medicare Rx Plus POS (HMO-POS)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios. Sin embargo, nuestro beneficio de Punto de servicio opcional le permite recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestra red, siempre que participen en Medicare.

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web ([www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com)). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.
- 

## ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- **Si es miembro de uno de estos planes, llámenos al 1-833-866-6559, TTY: 1-877-955-8773.**
- **Si no es miembro de uno de estos planes, llámenos al 1-844-672-7324, TTY: 1-877-955-8773.**
  - Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias

(Thanksgiving) y el día de Navidad.

- o Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.

- O visite nuestro sitio web en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

## Información importante

En este documento, verá los símbolos a continuación.

- \* Los servicios con este símbolo pueden requerir aprobación por adelantado (una derivación) de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibirlos.

Si usted no obtiene una derivación o autorización previa cuando se requiere, es posible que deba pagar el costo total de los servicios. Comuníquese con su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una derivación o autorización previa del plan.

## Prima mensual, deducible y límites

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b> | <b>FHCP Medicare Rx Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b> | <b>FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b> |
|--|--|---|--|
| <b>Prima mensual del plan</b>              | \$49<br>Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.   | \$0<br>Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.   | \$0<br>Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.  |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b> | Este plan no incluye una reducción de la prima de la Parte B.  | FHCP Medicare reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta en \$82.                                | Este plan no incluye una reducción de la prima de la Parte B.  |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>   | <b>FHCP Medicare Rx Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>  |
|--|--|---|---|
| <b>Deducible</b>                                   | \$0 por año para los servicios de salud.<br><br>\$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D.<br>No hay deducible para insulinas.                   | \$0 por año para los servicios de salud.<br><br>\$590 por año para los medicamentos recetados de la Parte D.<br>Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.<br><br>No hay deducible para insulinas. | \$0 por año para los servicios de salud.<br><br>\$295 por año para los medicamentos recetados de la Parte D.<br>Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en el Nivel 4 y Nivel 5<br><br>No hay deducible para insulinas. |
| <b>Responsabilidad máxima de gastos a su cargo</b> | \$3,400 es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. | \$9,350 es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.  | \$5,100 es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.  |

## Beneficios médicos y hospitalarios

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>                           | <b>FHCP Medicare Rx Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>                            | <b>FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>                     |
|--|--|--|--|
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados *◇</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>\$300 de copago por día del día 1 al 6</li> <li>\$0 de copago por día, después del día 6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>\$500 de copago por día del día 1 al 4</li> <li>\$0 de copago por día, después del día 4</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>\$320 de copago por día del día 1 al 6</li> <li>\$0 de copago por día, después del día 6</li> </ul> |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>   | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>  | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>   |
|--|--|--|--|
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b><br>*◇                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• \$200 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> <li>• \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$400 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• \$400 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> <li>• \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• \$250 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> <li>• \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico</li> </ul> |
| <b>Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b><br>*◇ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$200 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• \$0 de copago para colonoscopia de diagnóstico</li> </ul>  |
| <b>Visitas al médico</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita de atención primaria</li> <li>• \$20 de copago por visita al especialista *◇</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita al médico de atención primaria</li> <li>• \$50 de copago por visita al especialista *◇</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita de atención primaria</li> <li>• \$0 de copago por cada visita al fisiatra *◇</li> <li>• \$30 de copago por visitas a todos los otros especialistas *◇</li> </ul>   |
| <b>Atención preventiva</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>   |
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>▪ Visita anual de bienestar</li> <li>▪ Densitometría ósea</li> </ul>   |  |

**FHCP Medicare Rx Plus  
(HMO)-POS  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-002**

**FHCP Medicare Rx  
Savings (HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-014**

**FHCP Medicare  
Premier Advantage  
(HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-040**

- Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)
- Visita para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)
- Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de la depresión
- Examen de detección de la diabetes
- Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programas de educación para la salud y el bienestar
- Detección de la hepatitis C
- Detección de la VIH
- Vacunas
- Terapia nutricional médica
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso
- Exámenes para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Examen de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)
- Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas
- Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)
- Cuidados de la vista: Detección del glaucoma
- Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"

|                               | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>  | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>  |
|-------------------------------|---|---|---|
| <b>Atención de emergencia</b> | <p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago por visita dentro o fuera de la red</li> <li>• No se aplica este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia por la misma afección.</li> </ul> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago para atención de emergencia internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional</li> </ul> | <p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago por visita dentro o fuera de la red</li> <li>• No se aplica este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia por la misma afección.</li> </ul> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$100 de copago para atención de emergencia internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional</li> </ul> | <p><b>Atención de emergencia cubierta por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago por visita dentro o fuera de la red</li> <li>• No se aplica este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia por la misma afección.</li> </ul> <p><b>Servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago para atención de emergencia internacionalmente</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional</li> </ul> |

**FHCP Medicare Rx Plus  
(HMO)-POS  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-002**

**FHCP Medicare Rx  
Savings (HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-014**

**FHCP Medicare  
Premier Advantage  
(HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-040**

**Servicios de urgencia  
necesarios**

**Servicios que se  
necesitan con urgencia  
cubiertos por Medicare**

Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata

- \$0 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP
- \$20 de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red

**Servicios de urgencia  
necesarios a nivel  
internacional**

- \$20 de copago para servicios de urgencia necesarios a nivel internacional
- \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional

**Servicios que se  
necesitan con urgencia  
cubiertos por Medicare**

Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata

- \$20 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP
- \$45 de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red

**Servicios de urgencia  
necesarios a nivel  
internacional**

- \$45 de copago para servicios de urgencia necesarios a nivel internacional
- \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional

**Servicios que se  
necesitan con urgencia  
cubiertos por Medicare**

Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata

- \$0 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP
- \$30 de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red

**Servicios de urgencia  
necesarios a nivel  
internacional**

- \$30 de copago para servicios de urgencia necesarios a nivel internacional
- \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>   | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>  | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>   |
|--|--|--|--|
| <b>Servicios de diagnóstico/<br/>laboratorio/<br/>escáner *◇</b> | <b>Servicios de laboratorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <b>Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$50 de copago</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <p>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) y tomografía computarizada (Computer Tomography, CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$200 de copago</li> </ul> <b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$175 de copago</li> </ul> <b>Radioterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$50 de copago</li> </ul> | <b>Servicios de laboratorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <b>Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$50 de copago</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <p>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) y tomografía computarizada (Computer Tomography, CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$200 de copago</li> </ul> <b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$300 de copago</li> </ul> <b>Radioterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$50 de copago</li> </ul> | <b>Servicios de laboratorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <b>Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$50 de copago</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <p>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) y tomografía computarizada (Computer Tomography, CT).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$200 de copago</li> </ul> <b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$200 de copago</li> </ul> <b>Radioterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10-\$50 de copago</li> </ul> |
| <b>Servicios de la audición</b>                                  | <b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago para los exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul> <b>Servicios de la audición adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año</li> </ul>  | <b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago para los exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul> <b>Servicios de la audición adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año</li> </ul>  | <b>Servicios de la audición cubiertos por Medicare*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago para los exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio</li> </ul> <b>Servicios de la audición adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año</li> </ul>  |

| <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b> | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b> | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b> |
|--|---|--|
|--|---|--|

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos</li> <li>• \$300 por oído. Usted paga un copago de \$0 para 2 audífonos como máximo por año, con un máximo beneficio de asignación de \$300 por oído</li> <li>• NOTA: Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante</li> <li>• El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado la asignación de beneficios. Sujeto al beneficio máximo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos</li> <li>• \$300 por oído. Usted paga un copago de \$0 para 2 audífonos como máximo por año, con un máximo beneficio de asignación de \$300 por oído</li> <li>• NOTA: Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante</li> <li>• El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado la asignación de beneficios. Sujeto al beneficio máximo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para la evaluación y el ajuste de audífonos</li> <li>• \$300 por oído. Usted paga un copago de \$0 para 2 audífonos como máximo por año, con un máximo beneficio de asignación de \$300 por oído</li> <li>• NOTA: Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante</li> <li>• El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado la asignación de beneficios. Sujeto al beneficio máximo.</li> </ul> |
|---|---|---|

| <b>Servicios dentales</b> | <b>Servicios dentales cubiertos por Medicare ◇</b>   | <b>Servicios dentales cubiertos por Medicare *◇</b>  | <b>Servicios dentales cubiertos por Medicare ◇</b>   |
|---------------------------|--|--|--|
|                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por atención dental que no es de rutina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago para la atención dental que no es de rutina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por atención dental que no es de rutina</li> </ul> |

|                              | <b>FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS</b><br><b>Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</b><br><b>H1035-002</b>  | <b>FHCP Medicare Rx Savings (HMO)</b><br><b>Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</b><br><b>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)</b><br><b>Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</b><br><b>H1035-040</b>  |
|------------------------------|---|---|---|
|                              | <b>Servicios dentales adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos</li> <li>• \$0 de copago por servicios dentales integrales cubiertos</li> </ul>   | <b>Servicios dentales adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>   | <b>Servicios dentales adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos</li> <li>• \$0 de copago por servicios dentales integrales cubiertos</li> </ul>   |
| <b>Servicios de la vista</b> | <b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago para servicios de optometría cuyo fin sea diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$20 de copago para servicios de oftalmología cuyo fin sea diagnosticar y tratar de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• \$0 de copago para examen de la retina para diabéticos por año</li> <li>• \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto</li> </ul> | <b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago para servicios de optometría cuyo fin sea diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$50 de copago para servicios de oftalmología cuyo fin sea diagnosticar y tratar de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• \$0 de copago para examen de la retina para diabéticos por año</li> <li>• \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto</li> </ul> | <b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para servicios de optometría cuyo fin sea diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$30 de copago para servicios de oftalmología cuyo fin sea diagnosticar y tratar de enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li> <li>• \$0 de copago para examen de la retina para diabéticos por año</li> <li>• \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto</li> </ul> |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>   | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>  |
|--|--|---|---|
|  | después de cada<br>cirugía de cataratas  | después de cada<br>cirugía de cataratas   | después de cada<br>cirugía de cataratas   |
|  | <b>Servicios de la vista<br/>adicionales</b>   | <b>Servicios de la vista<br/>adicionales</b>  | <b>Servicios de la vista<br/>adicionales</b>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago para un examen de la vista de rutina anual</li> <li>• El plan paga hasta \$90 cada 2 años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago para un examen de la vista de rutina anual</li> <li>• El plan paga hasta \$90 cada 2 años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago para un examen de la vista de rutina anual</li> <li>• El plan paga hasta \$180 cada 2 años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante</li> </ul> |
| <b>Servicios de salud<br/>mental *◇</b>  | <b>Servicios de salud<br/>mental para pacientes<br/>hospitalizados</b>   | <b>Servicios de salud<br/>mental para pacientes<br/>hospitalizados</b>  | <b>Servicios de salud<br/>mental para pacientes<br/>hospitalizados</b>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día del día 1 hasta el día 5</li> <li>• \$0 de copago por día del día 6 al 90</li> <li>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$465 de copago por día del día 1 al 4</li> <li>• \$0 de copago por día del día 5 al 90</li> <li>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$320 de copago por día del día 1 al 5</li> <li>• \$0 de copago por día del día 6 al 90</li> <li>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li> </ul>  |
|  | <b>Servicios de salud mental<br/>para pacientes<br/>ambulatorios</b>   | <b>Servicios de salud mental<br/>para pacientes<br/>ambulatorios</b>  | <b>Servicios de salud mental<br/>para pacientes<br/>ambulatorios</b>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 de copago</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago</li> </ul>  |
| <b>Centro de<br/>enfermería<br/>especializada (Skilled<br/>Nursing Facility,<br/>SNF) *◇</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20</li> </ul>  |

|                        | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>  | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>  |
|------------------------|---|---|---|
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$172 de copago por día del día 21 al 100</li> <li>• Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un centro de cuidados médicos especializados (Skilled Nursing Facility, SNF) por período de beneficios.</li> <li>• No es necesaria una hospitalización previa.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$172 de copago por día del día 21 al 100</li> <li>• Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un centro de cuidados médicos especializados (Skilled Nursing Facility, SNF) por período de beneficios.</li> <li>• No es necesaria una hospitalización previa.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$172 de copago por día del día 21 al 100</li> <li>• Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un centro de cuidados médicos especializados (Skilled Nursing Facility, SNF) por período de beneficios.</li> <li>• No es necesaria una hospitalización previa.</li> </ul>   |
| <b>Fisioterapia *◇</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita</li> <li>• \$0 de copago por terapia de linfedema en el hogar</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita</li> <li>• \$0 de copago por terapia de linfedema en el hogar</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita</li> <li>• \$0 de copago por terapia de linfedema en el hogar</li> </ul>   |
| <b>Ambulancia ◇</b>    | <p><b>Servicios de ambulancia cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul> <p><b>Servicios de ambulancia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 copago por servicios de ambulancia de emergencia a nivel internacional</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios</li> </ul> | <p><b>Servicios de ambulancia cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul> <p><b>Servicios de ambulancia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 copago por servicios de ambulancia de emergencia a nivel internacional</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios</li> </ul> | <p><b>Servicios de ambulancia cubiertos por Medicare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$265 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li> </ul> <p><b>Servicios de ambulancia a nivel internacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$265 copago por servicios de ambulancia de emergencia a nivel internacional</li> <li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios</li> </ul> |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>  | <b>FHCP Medicare Rx Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>  |
|--|---|---|---|
|  | a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional   | a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional   | a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional   |
| <b>Transporte</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Cobertura</li> </ul>   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b><br>◇ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 % de coseguro para los siguientes medicamentos de la Parte B (albuterol, ipratropium, albuterol-ipratropium)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 % de coseguro para los siguientes medicamentos de la Parte B (albuterol, ipratropium, albuterol-ipratropium)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 % de coseguro para los siguientes medicamentos de la Parte B (albuterol, ipratropium, albuterol-ipratropium)</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro de hasta 20 % por medicamentos de quimioterapia, de infusión, materiales de contraste y todos los otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</li> <li>• 20 % hasta \$35 por mes para insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero de la Parte B de Medicare.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro de hasta 20 % por medicamentos de quimioterapia, de infusión, materiales de contraste y todos los otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</li> <li>• 20 % hasta \$35 por mes para insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero de la Parte B de Medicare.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro de hasta 20 % por medicamentos de quimioterapia, de infusión, materiales de contraste y todos los otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</li> <li>• 20 % hasta \$35 por mes para insulina si usa una bomba de insulina cubierta por el beneficio de equipo médico duradero de la Parte B de Medicare.</li> </ul> |

## Beneficios adicionales

|   | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>  | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>   | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>  |
|---|---|---|---|
| <b>Suministros para la diabetes</b>                                   | <b>Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del costo total de 50 tiras reactivas/sensores</li> <li>• 20 % del costo total de las lancetas</li> <li>• 0 % del costo total del glucómetro</li> </ul> | <b>Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del costo total de 50 tiras reactivas/sensores</li> <li>• 20 % del costo total de las lancetas</li> <li>• 0 % del costo total del glucómetro</li> </ul> | <b>Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 % del costo total de 50 tiras reactivas/sensores</li> <li>• 20 % del costo total de las lancetas</li> <li>• 0 % del costo total del glucómetro</li> </ul> |
| <b>Podología</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare</li> </ul>  |
| <b>Quiropráctico</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>  |
| <b>Equipos y suministros médicos *◇</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 %-20 % del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 %-20 % del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 %-20 % del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare aprobado por el plan</li> </ul>  |
| <b>Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios *◇</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago por visita</li> </ul>   |
| <b>Telesalud</b>  | <b>Telesalud a través del proveedor con contrato de FHCP Medicare:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago por una visita al PCP</li> </ul>   | <b>Telesalud a través del proveedor con contrato de FHCP Medicare:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago por una visita al PCP</li> </ul>   | <b>Telesalud a través del proveedor con contrato de FHCP Medicare:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 de copago por una visita al PCP</li> </ul>   |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS</b><br><b>Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</b><br><b>H1035-002</b>   | <b>FHCP Medicare Rx Savings (HMO)</b><br><b>Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</b><br><b>H1035-014</b>  | <b>FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)</b><br><b>Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</b><br><b>H1035-040</b>   |
|--|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por una visita al psicólogo</li> </ul> <p><b>Visitas de telesalud con un proveedor del personal de FHCP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita para el médico de atención primaria; el especialista; las sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios psiquiátricos (solo sesiones individuales); los servicios del programa de tratamiento con opioides; la atención de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (solo sesiones individuales); servicios de nutricionistas y capacitación para el automanejo de la diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare solo con cita previa)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por una visita al psicólogo</li> </ul> <p><b>Visitas de telesalud con un proveedor del personal de FHCP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita para el médico de atención primaria; el especialista; las sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios psiquiátricos (solo sesiones individuales); los servicios del programa de tratamiento con opioides; la atención de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (solo sesiones individuales); servicios de nutricionistas y capacitación para el automanejo de la diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare solo con cita previa)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30 de copago por una visita al psicólogo</li> </ul> <p><b>Visitas de telesalud con un proveedor del personal de FHCP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita para el médico de atención primaria; el especialista; las sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios psiquiátricos (solo sesiones individuales); los servicios del programa de tratamiento con opioides; la atención de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (solo sesiones individuales); servicios de nutricionistas y capacitación para el automanejo de la diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare solo con cita previa)</li> </ul> |
| <p><b>Programa de acondicionamiento físico preferido</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare</li> </ul>   |

|                                     | FHCP Medicare Rx Plus (HMO)-POS<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-002            | FHCP Medicare Rx Savings (HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-014             | FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-040      |
|-------------------------------------|--|--|--|
| <b>Recompensas de FHCP Medicare</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos</li> </ul> |

## Beneficios complementarios opcionales

|  | FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-002  | FHCP Medicare Rx Savings (HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-014 | FHCP Medicare Premier Advantage (HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-040 |
|--|--|--|---|
| <b>Prima y otra información importante</b><br>El beneficio de Punto de servicio (Point of Service, POS) opcional es de "acceso abierto", lo que significa que no necesita una derivación si necesita un tratamiento especializado.<br><br>El beneficio de POS opcional está limitado a los proveedores o establecimientos participantes de HMO contratados Y a los establecimientos y proveedores participantes de | Beneficio de Punto de servicio opcional<br><br>\$119 (\$70 de prima mensual más \$49 de prima mensual del plan) además de su prima mensual de la Parte B de Medicare | Sin cobertura  | Sin cobertura   |

|  | FHCP Medicare Rx Plus<br>(HMO-POS)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-002 | FHCP Medicare Rx<br>Savings (HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-014 | FHCP Medicare<br>Premier Advantage<br>(HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-040 |
|--|--|---|---|
| Medicare fuera de la red de FHCP Medicare.   |  |   |   |
| <b>Responsabilidad de gastos máximos de desembolso</b><br>(fuera de la red)  | • \$8,000 anualmente   | Sin cobertura   | Sin cobertura   |
| <b>Atención para pacientes hospitalizados</b> ◇<br>(fuera de la red)   | • \$300 de copago (días 1 a 6)<br>• \$0 de copago por día a partir del día 7                             | Sin cobertura   | Sin cobertura   |
| <b>Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados</b> ◇<br>(fuera de la red)  | • \$300 de copago (días 1 a 5)<br>• \$0 de copago por día a partir del día 6                             | Sin cobertura   | Sin cobertura   |
| <b>Centro de enfermería especializada</b> ◇<br>(fuera de la red)   | • \$175 de copago (días 1 a 58)<br>• \$0 de copago (día 59 al 100)                                       | Sin cobertura   | Sin cobertura   |
| <b>Grupo 1:</b> 20 % de coseguro (fuera de la red)   |  |   |   |
| Las categorías de servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de salud en el hogar</li> <li>▪ Pruebas de Diagnóstico, Suministros y Servicios Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</li> </ul> | 20 % de coseguro   | Sin cobertura   | Sin cobertura   |
|  | NOTA: El coseguro se basa en el programa de tarifas de Medicare vigente en el momento del servicio.      |   |   |

FHCP Medicare Rx Plus  
(HMO-POS)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-002

FHCP Medicare Rx  
Savings (HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-014

FHCP Medicare  
Premier Advantage  
(HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-040

- Servicios ambulatorios en el hospital, incluidos los servicios de observación y cirugía ◇
- Centro quirúrgico ambulatorio ◇
- Equipo médico duradero
- Suministros protésicos/ médicos
- Suministros/ servicios para la diabetes
- Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇
- Servicios preventivos

**Grupo 2:** \$40 de copago (fuera de la red)

Las categorías de servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:

- Médico de atención primaria o especialista
- Rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia cardíaca, servicios

\$40 de copago

Sin cobertura

Sin cobertura

**FHCP Medicare Rx Plus  
(HMO-POS)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-002**

**FHCP Medicare Rx  
Savings (HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-014**

**FHCP Medicare  
Premier Advantage  
(HMO)  
Brevard, Flagler,  
Seminole, St. Johns y  
Volusia  
H1035-040**

cardíacos  
intensivos,  
pulmonar,  
ocupacional,  
física, de  
patologías del  
habla y el  
lenguaje y de  
ejercicio  
supervisado)

- Podiatría
  - Quiropráctico
  - Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios y servicios psiquiátricos
  - Servicios para pacientes ambulatorios de tratamiento con opioides y de los trastornos por consumo de sustancias
  - Servicios dentales integrales
-

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

|                                    | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b>  | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>  | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>   |
|------------------------------------|---|--|--|
| <b>Etapas de deducible</b>         | <p>Este plan no tiene deducible.</p> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje.</p>   | <p>\$590 por año. Se aplica a los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</li> <li>• Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</li> <li>• Nivel 5 - Medicamentos especializados</li> </ul> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje.</p> | <p>\$295 por año. Se aplica a los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</li> <li>• Nivel 5 - Medicamentos especializados</li> </ul> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje.</p> |
| <b>Etapas de Cobertura Inicial</b> | <p>Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Se mantiene en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo lleguen a <b>\$2,000</b>. Luego pasa a la Etapa de cobertura contra catástrofes. Puede</p> | <p>Durante esta etapa, el plan paga tu parte del costo de tus medicamentos de los niveles 1, 2 y 6 y tú pagas tu parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado su deducible del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, entonces el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.</p> <p>Se mantiene en la Etapa</p>  | <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 6, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado su deducible del Nivel 4 y Nivel 5, entonces el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.</p> <p>Se mantiene en la Etapa</p>  |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b> | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b>  | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b>   |
|--|--|--|--|
|  | obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.             | de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo lleguen a <b>\$2,000</b> . Luego pasa a la Etapa de cobertura contra catástrofes. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. | de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo lleguen a <b>\$2,000</b> . Luego pasa a la Etapa de cobertura contra catástrofes. Puede obtener sus medicinas en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo. |
| <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i> | <b>Venta al por menor preferida<br/>(suministro de 31 días)</b>  | <b>Venta al por menor preferida<br/>(suministro de 31 días)</b>  | <b>Venta al por menor preferida<br/>(suministro de 31 días)</b>  |
| <b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>                                | \$0 de copago  | \$0 de copago  | \$0 de copago  |
| <b>Nivel 2 - Genéricos</b>   | \$0 de copago  | \$10 de copago   | \$5 de copago  |
| <b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>                    | \$42 de copago   | \$45 de copago   | \$44 de copago   |
| <b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>                          | 25 % del coseguro  | 25 % del coseguro  | 25 % del coseguro  |
| <b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>                         | 33 % de coseguro   | 25 % del coseguro  | 29 % de coseguro   |
| <b>Nivel 6 - Vacunas (\$0 de costo compartido)</b>                   | \$0 de copago  | \$0 de copago  | \$0 de copago  |

|  | <b>FHCP Medicare Rx Plus<br/>(HMO)-POS<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-002</b> | <b>FHCP Medicare Rx<br/>Savings (HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-014</b> | <b>FHCP Medicare<br/>Premier Advantage<br/>(HMO)<br/>Brevard, Flagler,<br/>Seminole, St. Johns y<br/>Volusia<br/>H1035-040</b> |
|--|--|---|--|
| <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i> | <b>Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)</b>  | <b>Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)</b>   | <b>Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)</b>  |
| <b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>                                | \$17 de copago   | \$17 de copago  | \$17 de copago   |
| <b>Nivel 2 - Genéricos</b>   | \$20 de copago   | \$20 de copago  | \$20 de copago   |
| <b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>                    | \$47 de copago   | \$47 de copago  | \$47 de copago   |
| <b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>                          | 25 % del coseguro  | 25 % del coseguro   | 25 % del coseguro  |
| <b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>                         | 33 % de coseguro   | 25 % del coseguro   | 29 % de coseguro   |
| <b>Nivel 6 - Vacunas (\$0 de costo compartido)</b>                   | \$0 de copago  | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i> | <b>De pedido por correo (suministro de 93 días)</b>  | <b>De pedido por correo (suministro de 93 días)</b>   | <b>De pedido por correo (suministro de 93 días)</b>  |
| <b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>                                | \$0 de copago  | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <b>Nivel 2 - Genéricos</b>   | \$0 de copago  | \$27 de copago  | \$12 de copago   |
| <b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>                    | \$123 de copago  | \$132 de copago   | \$129 de copago  |
| <b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>                          | 25 % del coseguro  | 25 % del coseguro   | 25 % del coseguro  |
| <b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>                         | No es aplicable  | No es aplicable   | No es aplicable  |

|  | FHCP Medicare Rx Plus<br>(HMO)-POS<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-002 | FHCP Medicare Rx<br>Savings (HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-014 | FHCP Medicare<br>Premier Advantage<br>(HMO)<br>Brevard, Flagler,<br>Seminole, St. Johns y<br>Volusia<br>H1035-040 |
|--|--|---|---|
| <b>Nivel 6 - Vacunas<br/>(\$0 de costo<br/>compartido)</b> | No es aplicable  | No es aplicable   | No es aplicable   |

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

### **Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos**

Ingresa a la Etapa de cobertura contra catástrofes cuando sus gastos de desembolso directo llegan al límite de \$2,000 para el año calendario. Durante la etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

### **Cobertura adicional de medicamentos**

- Llámenos o consulte la "Evidencia de cobertura" del plan en nuestro sitio web ([www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com)) si busca información completa sobre los costos de sus medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos).
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 93 días) de un medicamento.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Las vacunas sin costo se enumeran en el formulario de FHCP Medicare en el Nivel 6.

## **Descargos de Responsabilidad**

FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a nuestro Centro de servicio al 1-844-672-7324 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información.

La red de farmacias de FHCP Medicare incluye un número restringido de farmacias preferidas de menor costo en los condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia, Florida. Es posible que los costos bajos que se ofrecen en estas farmacias y que se promocionaron en los materiales de nuestro plan no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) o consulte el directorio de farmacias en línea en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en [//fhcpmedicare.com/ndnotice\\_SPA](https://fhcpmedicare.com/ndnotice_SPA). O llame al 1-833-866-6559 (TTY: 1-877-955-8773).

## Servicios de intérprete en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-866-6559. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-866-6559. (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-833-866-6559。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-833-866-6559。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-866-6559. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-866-6559. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-866-6559. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-866-6559. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-866-6559 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-866-6559. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم 1-833-866-6559 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-866-6559 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-866-6559. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-866-6559. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-866-6559. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-866-6559. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-866-6559. にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

# Formularios de Inscripción



Estos **pasos** lo guiarán a través del proceso y lo ayudarán con **todos los formularios** que necesita para inscribirse en su plan.

## ¿Está listo para inscribirse?

Tenga a la mano su tarjeta de identificación de Medicare para comenzar.

### Elija la forma de inscribirse que más le convenga.



**Por papel:** Utilice el formulario de inscripción impreso que se le proporcione. Cuando haya terminado de llenarlo, puede enviar el formulario por correo a FHCP Medicare. (Se debe completar un formulario por cada persona que se inscriba).



**Por Internet:** Utilice el formulario en línea en [fhcpmedicare.com](https://fhcpmedicare.com). Se le guiará a través del proceso para que complete y envíe el formulario de inscripción. Además, el sistema le indicará si le falta alguna información o está incompleta.



**Mediante un agente de ventas autorizado:** Un agente puede ayudarle a elegir el mejor plan para USTED. También puede ofrecerle ayuda para completar y enviar el formulario de inscripción. El agente será un empleado de FHCP Medicare o será contratado por FHCP Medicare. Además, es posible que se le pague en función de su inscripción en el plan que escoja.

- Visite su Centro de Bienvenida o a su agente local de FHCP; o
- Contáctese con uno de nuestros agentes al **1-844-672-7324** (TTY 1-877-955-8773).

### Consejos útiles para cuando llene su formulario de inscripción.

- ✓ Independientemente de la forma en que elija inscribirse, asegúrese de no omitir ninguna sección. La omisión de alguna información puede retrasar la fecha de comienzo de su plan.
- ✓ Al elegir un plan, seleccione solo el nombre de UN plan.
- ✓ Cuando se le solicite, asegúrese de ingresar las fechas de inicio de la Parte A y la Parte B que aparecen en su tarjeta de identificación de Medicare.
- ✓ Si elige un plan HMO, escriba su elección de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Si no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno.
- ✓ Si no se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, asegúrese de completar la sección "Declaración de elegibilidad para un período de inscripción".

# Formularios utilizados para la inscripción

---

## **Lista de verificación previa a la inscripción**

Este formulario proporciona información importante que debe conocer antes de comprar un plan.

---

## **Formulario de inscripción individual**

Este es el formulario que necesita completar para inscribirse en un plan Medicare Advantage de FHCP.

---

## **Autorización para compartir información médica protegida para consultas hechas por el área de servicio al cliente**

Complete este formulario si necesita darnos permiso para revelar su información médica a alguien. Envíe el original, no una fotocopia, junto con su formulario de inscripción. De lo contrario, protegeremos esta información y solo la compartiremos con usted.

---

## **Formulario de Confirmación para la Reunión con el Agente de Ventas (SOA)**

De acuerdo con las pautas de Medicare, los agentes pueden hablar con usted solo sobre los productos que decida analizar. Medicare le pide que complete un formulario de SOA que muestra qué planes de Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Medicare desea analizar. El objetivo de este formulario es protegerlo. Completar este formulario no significa que se haya inscrito en un plan. Su agente puede completar este formulario con usted por teléfono en lugar de hacerlo mediante una copia impresa.

---

## **Lista de verificación para la inscripción**

Cuando se reúna con un agente para inscribirse en un plan, el agente buscará información sobre cómo su plan cubre los medicamentos que toma (incluidos el costo, la categoría de los medicamentos y los requisitos/limitaciones). Su agente también averiguará si los proveedores que usted usa están en su red. Su agente completará esta información en una lista de verificación para la inscripción que le proporcionará y que lo puede llevar.

---

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede contactarse con un representante de atención al cliente al 1-844-672-7324 (TTY: 1-877-955-8773).

### Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para consultar sobre los servicios que recibe habitualmente de un médico. Visite [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com) o llame al 1-844-672-7324 (TTY: 1-877-955-8773) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a sus médicos) para asegurarse de que los médicos que usted consulta ahora se encuentran en la red. Si no están en la lista, es probable que deba seleccionar nuevos médicos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para los medicamentos recetados esté en la red. Si su farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para que le proporcione sus medicamentos.

### Reglas más importantes

- Impacto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en Medicare Advantage, la atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.
- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- No cubrimos los servicios prestados por proveedores que se encuentran fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores), a menos que sea en situaciones de emergencia o urgencia.

## ¿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.

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

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:  | Sexo:   | Número de teléfono del hogar: | Número de teléfono móvil: |
| <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | (    )                        | (    )                    |

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:  | Fecha de vigencia de la Parte B:  |
|                     | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

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

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

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

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): 

|   |   |
|---|---|
| M | M |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| D | D |
|---|---|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|
- 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): 

|   |   |
|---|---|
| M | M |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| D | D |
|---|---|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|
- 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: \_\_\_\_\_

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

## ¿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.

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.

## 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.

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

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:  | Sexo:   | Número de teléfono del hogar: | Número de teléfono móvil: |
| <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | (    )                        | (    )                    |

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:  | Fecha de vigencia de la Parte B:  |
|                     | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

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

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

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

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): 

|   |   |
|---|---|
| M | M |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| D | D |
|---|---|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|
- 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): 

|   |   |
|---|---|
| M | M |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| D | D |
|---|---|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|
- 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: \_\_\_\_\_

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Autorización de la información médica protegida para consultas de atención al cliente

## Propósito

Soy el miembro que aparece en la Sección I.

Esta autorización se emite a pedido mío, para permitir que Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Florida Blue Medicare, Inc., y Florida Health Care Plan, Inc. (en conjunto, "FHCP Medicare") respondan a las consultas de atención al cliente sobre Información de salud protegida en relación a los productos de salud, dental y de cuidado a largo plazo.

*Llene este formulario por completo y devuélvalo a:*

**FHCP Medicare**  
**c/o Florida Blue**  
**Access Authorization Unit**  
**P.O. Box 45296**  
**Jacksonville, FL 32232**

## Sección I

Proporcione la siguiente información respecto a la persona cuya Información médica protegida será divulgada.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Número de Miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Sección II

Autorizo a FHCP Medicare a divulgar, de forma oral y/o por escrito, la siguiente Información médica protegida respecto a mí:

- Información de carácter personal (p. ej., nombre, dirección, edad, sexo);
- Información sobre la cobertura de atención médica (p. ej., sobre los beneficios generales y específicos del plan);
- Información de reclamaciones pasadas, presentes y futuras (excepto por cualquier período durante el cual estaba vigente una dirección de comunicación confidencial<sup>1</sup>); y
- Información de coordinación de beneficio.

## Sección III

Identifique a la(s) persona(s) a quien(es) se podrá entregar la Información de salud protegida del miembro y su relación (es decir, agente de ventas, representante de beneficios de salud del empleador, padre/madre, familiar, amigo, empresa, organización, despacho de abogados, etc.).

Mi información puede entregarse a la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación.

Use letra de imprenta (molde):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

## Sección IV

De conformidad con la ley, esta autorización debe indicar que las personas, aparte de FHCP Medicare, que reciban la Información médica protegida del miembro no tienen que obedecer las leyes federales sobre privacidad de la información médica, y es posible que dichas personas sigan divulgando la Información médica protegida del miembro.

# Autorización de la información médica protegida para consultas de atención al cliente

## (continuación)

Asimismo, entiendo que, si he identificado a un agente de ventas o a un representante de beneficios de salud del empleador en la Sección III a quien se le puede divulgar mi Información médica protegida, FHCP Medicare no tendrá ninguna otra responsabilidad en cuanto a la divulgación posterior de mi Información médica protegida por parte de las personas designadas.

Esta autorización es voluntaria y no es una condición de inscripción en un plan de salud, de elegibilidad para beneficios o de pago de reclamaciones.

### Sección V

Esta autorización vencerá el:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

0

\_\_\_\_\_  
La fecha en que finaliza la cobertura de salud de FHCP Medicare del miembro.

Se recomienda que coloque una fecha de vencimiento específica en esta autorización si designa a un agente de ventas o empleador como representante autorizado, o a cualquier otra persona a la que haya designado para que lo ayude con una tarea particular a corto plazo.

### Sección VI

#### Copia de Autorización

Conserve una copia firmada de su autorización.  
Una fotocopia es igual de válida que el original.

<sup>1</sup> Una dirección de Comunicación confidencial es una dirección especificada por un adulto (mayor de 18 años) que es diferente de aquella donde el suscriptor recibe su correo.

<sup>2</sup> Presente documentación escrita que respalde su condición de apoderado u otro tipo de representante legal.

La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

### Sección VII

#### Derecho a revocar la autorización

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación por escrito a la dirección que se menciona en la página 1 de este formulario. Asimismo, comprendo que retirar esta autorización no afectará ninguna medida tomada por FHCP Medicare en virtud de esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

### Sección VIII

#### Firma

Firma del Miembro:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si un representante legal firma este formulario de autorización en nombre del miembro, complete la siguiente información:

Nombre del Representante Legal<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro:

\_\_\_\_\_

# Autorización de la información médica protegida para consultas de atención al cliente

## Propósito

Soy el miembro que aparece en la Sección I.

Esta autorización se emite a pedido mío, para permitir que Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Florida Blue Medicare, Inc., y Florida Health Care Plan, Inc. (en conjunto, "FHCP Medicare") respondan a las consultas de atención al cliente sobre Información de salud protegida en relación a los productos de salud, dental y de cuidado a largo plazo.

*Llene este formulario por completo y devuélvalo a:*

**FHCP Medicare**  
**c/o Florida Blue**  
**Access Authorization Unit**  
**P.O. Box 45296**  
**Jacksonville, FL 32232**

## Sección I

Proporcione la siguiente información respecto a la persona cuya Información médica protegida será divulgada.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Número de Miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Sección II

Autorizo a FHCP Medicare a divulgar, de forma oral y/o por escrito, la siguiente Información médica protegida respecto a mí:

- Información de carácter personal (p. ej., nombre, dirección, edad, sexo);
- Información sobre la cobertura de atención médica (p. ej., sobre los beneficios generales y específicos del plan);
- Información de reclamaciones pasadas, presentes y futuras (excepto por cualquier período durante el cual estaba vigente una dirección de comunicación confidencial<sup>1</sup>); y
- Información de coordinación de beneficio.

## Sección III

Identifique a la(s) persona(s) a quien(es) se podrá entregar la Información de salud protegida del miembro y su relación (es decir, agente de ventas, representante de beneficios de salud del empleador, padre/madre, familiar, amigo, empresa, organización, despacho de abogados, etc.).

Mi información puede entregarse a la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación.

Use letra de imprenta (molde):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

## Sección IV

De conformidad con la ley, esta autorización debe indicar que las personas, aparte de FHCP Medicare, que reciban la Información médica protegida del miembro no tienen que obedecer las leyes federales sobre privacidad de la información médica, y es posible que dichas personas sigan divulgando la Información médica protegida del miembro.

# Autorización de la información médica protegida para consultas de atención al cliente

## (continuación)

Asimismo, entiendo que, si he identificado a un agente de ventas o a un representante de beneficios de salud del empleador en la Sección III a quien se le puede divulgar mi Información médica protegida, FHCP Medicare no tendrá ninguna otra responsabilidad en cuanto a la divulgación posterior de mi Información médica protegida por parte de las personas designadas.

Esta autorización es voluntaria y no es una condición de inscripción en un plan de salud, de elegibilidad para beneficios o de pago de reclamaciones.

### Sección V

Esta autorización vencerá el:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes            Día            Año

0

\_\_\_\_\_  
La fecha en que finaliza la cobertura de salud de FHCP Medicare del miembro.

Se recomienda que coloque una fecha de vencimiento específica en esta autorización si designa a un agente de ventas o empleador como representante autorizado, o a cualquier otra persona a la que haya designado para que lo ayude con una tarea particular a corto plazo.

### Sección VI

#### Copia de Autorización

Conserve una copia firmada de su autorización.  
Una fotocopia es igual de válida que el original.

<sup>1</sup> Una dirección de Comunicación confidencial es una dirección especificada por un adulto (mayor de 18 años) que es diferente de aquella donde el suscriptor recibe su correo.

<sup>2</sup> Presente documentación escrita que respalde su condición de apoderado u otro tipo de representante legal.

La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

### Sección VII

#### Derecho a revocar la autorización

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación por escrito a la dirección que se menciona en la página 1 de este formulario. Asimismo, comprendo que retirar esta autorización no afectará ninguna medida tomada por FHCP Medicare en virtud de esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

### Sección VIII

#### Firma

Firma del Miembro:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si un representante legal firma este formulario de autorización en nombre del miembro, complete la siguiente información:

Nombre del Representante Legal<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro:

\_\_\_\_\_

# Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de la cita de mercadeo antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurar que se entienda lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

**Escriba sus iniciales a continuación al lado de los productos que desea discutir con el agente.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> _____  | <b>Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)</b> |
| <b>Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare:</b> Un plan independiente de medicamentos que agrega cobertura para medicamentos recetados a Medicare Original algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de tarifas por servicio de Medicare y algunos planes de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare.   |  |
| <input type="checkbox"/> _____  | <b>Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos</b>                |
| <b>Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Medicare Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solo puede recibir atención médica por parte de médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan (con excepción de una situación de emergencia).   |  |
| <b>Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos y hospitales de la red; sin embargo, usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, lo que generalmente implica un costo mayor.   |  |
| <b>Plan privado de tarifas por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que le permite recibir atención médica de cualquier médico, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago y los términos y condiciones del plan, y acepte atenderle; no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede escoger cualquiera de los proveedores de la red que han acordado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más si consulta a proveedores fuera de la red. |  |
| <b>Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que ofrece un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Algunos ejemplos de grupos específicos que reciben los servicios de este plan incluyen a las personas que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en centros de enfermería especializada y las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.   |  |
| <b>Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare:</b> este tipo de plan combina un plan de salud con deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita el dinero de Medicare en una cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance el deducible.  |  |
| <b>Plan de costos de Medicare:</b> es un tipo de plan que le permite consultar a proveedores dentro y fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare serán pagados por Medicare Original, pero usted será responsable de pagar el coaseguro y los deducibles de Medicare.   |  |

**Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en reunirse con un agente de ventas para analizar los productos que firmó con sus iniciales anteriormente.** La persona que analizará los productos con usted es empleado o contratado por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago en función de su inscripción en un plan.

La firma de este formulario NO lo obliga a que se inscriba en un plan, no afecta su afiliación actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

**Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha en que se firmó:**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó: \_\_\_\_\_

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

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el agente:**

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Nombre del agente:  | Teléfono del agente:                  |
| Nombre del beneficiario:  | Teléfono del beneficiario (opcional): |
| Domicilio del beneficiario (opcional):  |                                       |
| Planes que el agente representó en esta reunión:  |                                       |
| Fecha de la cita:   |                                       |
| Para uso exclusivo del plan:  |                                       |
| Método de contacto inicial: (Indique aquí si el beneficiario era una consulta sin cita previa.) |                                       |
| Firma del agente:   |                                       |

*La documentación de confirmación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).*

*La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.*



**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de la cita de mercadeo antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurar que se entienda lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

**Escriba sus iniciales a continuación al lado de los productos que desea discutir con el agente.**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/>  | <b>Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)</b> |
| <b>Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare:</b> Un plan independiente de medicamentos que agrega cobertura para medicamentos recetados a Medicare Original algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de tarifas por servicio de Medicare y algunos planes de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare.   |  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos</b>                |
| <b>Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Medicare Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solo puede recibir atención médica por parte de médicos u hospitales que pertenezcan a la red del plan (con excepción de una situación de emergencia).   |  |
| <b>Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos y hospitales de la red; sin embargo, usted también puede utilizar proveedores fuera de la red, lo que generalmente implica un costo mayor.   |  |
| <b>Plan privado de tarifas por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que le permite recibir atención médica de cualquier médico, hospital o proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago y los términos y condiciones del plan, y acepte atenderle; no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, puede escoger cualquiera de los proveedores de la red que han acordado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más si consulta a proveedores fuera de la red. |  |
| <b>Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:</b> es un plan Medicare Advantage que ofrece un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Algunos ejemplos de grupos específicos que reciben los servicios de este plan incluyen a las personas que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en centros de enfermería especializada y las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.   |  |
| <b>Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare:</b> este tipo de plan combina un plan de salud con deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita el dinero de Medicare en una cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance el deducible.  |  |
| <b>Plan de costos de Medicare:</b> es un tipo de plan que le permite consultar a proveedores dentro y fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare serán pagados por Medicare Original, pero usted será responsable de pagar el coaseguro y los deducibles de Medicare.   |  |

**Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en reunirse con un agente de ventas para analizar los productos que firmó con sus iniciales anteriormente.** La persona que analizará los productos con usted es empleado o contratado por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago en función de su inscripción en un plan.

La firma de este formulario NO lo obliga a que se inscriba en un plan, no afecta su afiliación actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

**Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha en que se firmó:**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó: \_\_\_\_\_

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

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el agente:**

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Nombre del agente:  | Teléfono del agente:                  |
| Nombre del beneficiario:  | Teléfono del beneficiario (opcional): |
| Domicilio del beneficiario (opcional):  |                                       |
| Planes que el agente representó en esta reunión:  |                                       |
| Fecha de la cita:   |                                       |
| Para uso exclusivo del plan:  |                                       |
| Método de contacto inicial: (Indique aquí si el beneficiario era una consulta sin cita previa.) |                                       |
| Firma del agente:   |                                       |

*La documentación de confirmación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).*

*La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.*



**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Lista de verificación para la inscripción



Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

**Medicare exige a FHCP Medicare que se comuniquen con usted en un plazo de 15 días a partir de la recepción de su solicitud de inscripción.** Dentro de los próximos 15 días, usted recibirá una carta de FHCP Medicare para verificar que el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados se explicó en su totalidad. Esto no afectará su capacidad de inscribirse en el plan.

Su agente de ventas revisará las siguientes preguntas con usted para verificar que el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados se explicó en su totalidad. Marque Sí o No según corresponda.

## Para planes Medicare Advantage

|                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage? Este plan <b>no</b> es un plan Suplementario a Medicare, o "Medigap". Este plan reemplaza a Medicare Original. |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que para inscribirse debe tener "derecho" a la Parte A y estar inscrito en la Parte B?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero lo haga por usted)?                                       |

## Para planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

|                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible de medicamentos recetados asociado con el plan (si corresponde) y el monto? |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le informó sobre las farmacias preferidas de la red?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que para inscribirse debe tener la Parte A <b>o</b> la Parte B de Medicare?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas explicó la lista de medicamentos del plan (también conocido como formulario) y los niveles de los medicamentos?           |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Entiende que en la mayoría de los casos debe utilizar una farmacia de la red del plan de medicamentos?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas confirmó que sus medicamentos recetados están cubiertos por la lista de medicamentos del plan?                            |

## Para todos los planes

|                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le proporcionó una explicación completa sobre los montos de las primas, los beneficios, los copagos y los cosaeguros?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le mostró el Resumen de beneficios y le entregó una copia?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le entregó su información de contacto (nombre, número de teléfono o tarjeta de negocios)?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que si se inscribe en un plan Medicare Advantage y después decide realizar algún cambio, en la mayoría de las circunstancias podrá hacerlo durante el Período de elección anual, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año? |

**Para todos los planes (continuación)**

|                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible médico asociado con el plan (si corresponde) y el monto?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que debe utilizar los proveedores de salud que pertenecen a la red para obtener los beneficios, copagos y coaseguros de la red?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que si utiliza los proveedores de salud que no pertenecen a la red es probable que tenga que pagar gastos a su cargo más altos? ( <b>Nota:</b> Los miembros de planes HMO no están cubiertos fuera de la red, excepto en situaciones de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área). |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas confirmó que sus médicos están dentro de la red del plan que ha seleccionado?  |

| Nombre del medicamento | Cubierto                    |                             | Nivel | Costos | B frente a D* | PA | Límites de cantidad | Terapia escalonada |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|--------|---------------|----|---------------------|--------------------|
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |

\*Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare. Para determinar el beneficio de la cobertura adecuado para Medicare, se requiere que su médico envíe un formulario de determinación de cobertura para la Parte B de Medicare frente a la Parte D a fin de que FHCP Medicare obtenga la aprobación previa (prior approval, PA) para estos medicamentos antes de surtir la receta.

| Nombre del proveedor | Participante/No participante | Dirección completa del proveedor |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |

## Reconocimientos

Mi agente y yo revisamos todos los médicos, hospitales y medicamentos recetados que proporcioné hoy. Hemos hablado de la situación de cada proveedor participante dentro de mi plan, así como mi participación en los costos y los requisitos o límites en cuanto a mis medicamentos recetados. Entiendo que algunos proveedores pueden agregarse o retirarse de la red en cualquier momento. Para ver otro proveedor u obtener la información más actualizada sobre los proveedores de la red de mi plan para mi área o mis medicamentos recetados, visitaré [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com) o llamaré a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, a excepción de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local., a excepción de los feriados principales. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770).

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del agente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato. La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.*

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**

# Lista de verificación para la inscripción



Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

**Medicare exige a FHCP Medicare que se comuniquen con usted en un plazo de 15 días a partir de la recepción de su solicitud de inscripción.** Dentro de los próximos 15 días, usted recibirá una carta de FHCP Medicare para verificar que el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados se explicó en su totalidad. Esto no afectará su capacidad de inscribirse en el plan.

Su agente de ventas revisará las siguientes preguntas con usted para verificar que el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados se explicó en su totalidad. Marque Sí o No según corresponda.

## Para planes Medicare Advantage

|                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage? Este plan <b>no</b> es un plan Suplementario a Medicare, o "Medigap". Este plan reemplaza a Medicare Original. |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que para inscribirse debe tener "derecho" a la Parte A y estar inscrito en la Parte B?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero lo haga por usted)?                                       |

## Para planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

|                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible de medicamentos recetados asociado con el plan (si corresponde) y el monto? |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le informó sobre las farmacias preferidas de la red?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que para inscribirse debe tener la Parte A <b>o</b> la Parte B de Medicare?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas explicó la lista de medicamentos del plan (también conocido como formulario) y los niveles de los medicamentos?           |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Entiende que en la mayoría de los casos debe utilizar una farmacia de la red del plan de medicamentos?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas confirmó que sus medicamentos recetados están cubiertos por la lista de medicamentos del plan?                            |

## Para todos los planes

|                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le proporcionó una explicación completa sobre los montos de las primas, los beneficios, los copagos y los cosaeguros?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le mostró el Resumen de beneficios y le entregó una copia?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le entregó su información de contacto (nombre, número de teléfono o tarjeta de negocios)?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que si se inscribe en un plan Medicare Advantage y después decide realizar algún cambio, en la mayoría de las circunstancias podrá hacerlo durante el Período de elección anual, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año? |

**Para todos los planes (continuación)**

|                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible médico asociado con el plan (si corresponde) y el monto?   |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que debe utilizar los proveedores de salud que pertenecen a la red para obtener los beneficios, copagos y coaseguros de la red?  |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Comprende que si utiliza los proveedores de salud que no pertenecen a la red es probable que tenga que pagar gastos a su cargo más altos? ( <b>Nota:</b> Los miembros de planes HMO no están cubiertos fuera de la red, excepto en situaciones de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área). |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿El agente de ventas confirmó que sus médicos están dentro de la red del plan que ha seleccionado?  |

| Nombre del medicamento | Cubierto                    |                             | Nivel | Costos | B frente a D* | PA | Límites de cantidad | Terapia escalonada |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|--------|---------------|----|---------------------|--------------------|
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |
|                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |       |        |               |    |                     |                    |

\*Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare. Para determinar el beneficio de la cobertura adecuado para Medicare, se requiere que su médico envíe un formulario de determinación de cobertura para la Parte B de Medicare frente a la Parte D a fin de que FHCP Medicare obtenga la aprobación previa (prior approval, PA) para estos medicamentos antes de surtir la receta.

| Nombre del proveedor | Participante/No participante | Dirección completa del proveedor |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |
|                      |                              |                                  |

## Reconocimientos

Mi agente y yo revisamos todos los médicos, hospitales y medicamentos recetados que proporcioné hoy. Hemos hablado de la situación de cada proveedor participante dentro de mi plan, así como mi participación en los costos y los requisitos o límites en cuanto a mis medicamentos recetados. Entiendo que algunos proveedores pueden agregarse o retirarse de la red en cualquier momento. Para ver otro proveedor u obtener la información más actualizada sobre los proveedores de la red de mi plan para mi área o mis medicamentos recetados, visitaré [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com) o llamaré a Servicios para Miembros al 1-833-866-6559 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, a excepción de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local., a excepción de los feriados principales. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770).

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del agente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato. La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.*

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**



# ¿Y después?



Información sobre lo que sucederá **después de inscribirse** en su plan y qué esperar de este

## Cómo aprovechar al máximo el dinero que paga por su cobertura de Medicare



### Use médicos de la red

Asegúrese de seleccionar a un médico de la red de FHCP Medicare. Excepto por la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de diálisis cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, debe atenderse con médicos de la red para tener cobertura. Esto aplica aun cuando los cuidados que usted reciba sean médicamente necesarios. Evite los costos impredecibles y tenga tranquilidad al permanecer en su red.

### Cómo averiguar qué médicos, hospitales y farmacias están dentro de la red de su plan:

Existen algunas maneras de averiguar qué médicos, hospitales y farmacias están en la red de un plan. Puede pedirle ayuda a su agente, llamar a Atención al Cliente (consulte la información de contacto en la página de Bienvenida) o puede visitar [fhcpmedicare.com](http://fhcpmedicare.com) y seguir estos pasos:





## Elegir a su médico de atención primaria es importante

Como miembro nuevo, una de sus primeras decisiones, y la más importante, es elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP le ayuda con su salud general y coordina la atención especializada y la mayoría de los servicios cubiertos. Su PCP y cualquier especialista que consulte trabajan juntos como un equipo de profesionales que se centran en usted.



## Use una farmacia preferida

Los planes FHCP Medicare le brindan una opción de farmacia preferida. Como miembro de FHCP Medicare, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia preferida de FHCP para ahorrar aún más en la mayoría de las recetas.

FHCP Medicare también cuenta con farmacias minoristas estándar en toda nuestra área de servicio. Estas farmacias complementan las farmacias preferidas de FHCP. Además, ofrecen medicamentos cubiertos a un costo compartido, por lo general, más alto que las farmacias preferidas de FHCP y **se encuentran en las siguientes ubicaciones:**

*Walgreens*

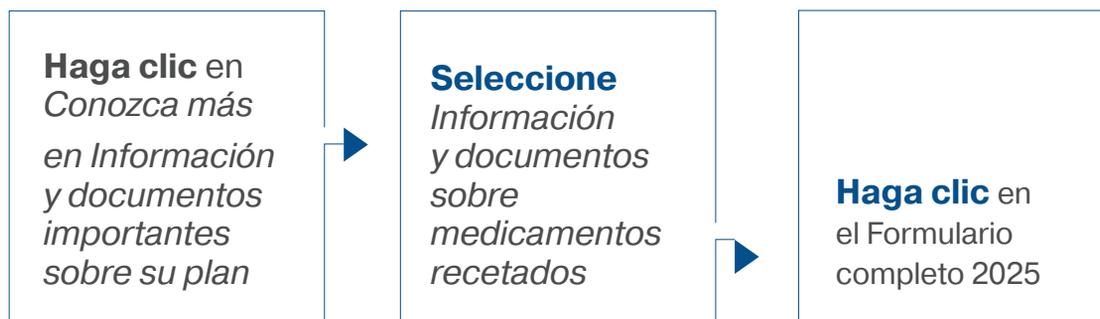


## Farmacias de pedido por correo

Para ciertos tipos de medicamentos, ofrecemos una farmacia de pedido por correo. En general, los medicamentos proporcionados a través de la farmacia de pedido por correo de FHCP son los que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

### Cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos:

Puede encontrar todos los medicamentos cubiertos en el vademécum, la lista de medicamentos que cubre su plan. También se le denomina lista de medicamentos. Para ver nuestro formulario, visite [fhcpmedicare.com](http://fhcpmedicare.com).



La red de farmacias de FHCP Medicare incluye un número restringido de farmacias preferidas de menor costo en los condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia, Florida. Es posible que los costos bajos que se ofrecen en estas farmacias y que se promocionaron en los materiales de nuestro plan no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, como la existencia de farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) o consulte el directorio de farmacias en línea en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

# Lo que puede esperar en los primeros 90 días

Durante sus primeros 90 días de inscripción, se sentirá como nuevo rápidamente. Estas son algunas cosas que debe esperar.

## Para asegurarle que recibimos y aceptamos su solicitud, se le entregará:

- ✓ **Notificación de recepción de la solicitud**
- ✓ **Aviso de que ha sido inscrito**

## Recibirá varios artículos para que los conserve durante todo el año:

- ✓ **Tarjeta de identificación de miembro de FHCP Medicare**
- ✓ **Información** sobre cómo usar su plan y localizar documentos del plan

## Nos mantendremos en contacto durante todo el año. Usted recibirá:

- ✓ **Explicaciones sobre los beneficios** para mantenerlo actualizado sobre cualquier servicio y suministro que pueda haber recibido durante el mes anterior.
- ✓ **Llamadas de nuestro equipo de atención** de vez en cuando para ayudarle a estar informado sobre sus necesidades de atención médica.
- ✓ **Encuestas** para ver cómo nos está yendo.



### ¿No quiere tanta correspondencia?

Inscríbase para obtener una cuenta segura de miembro en [fhcpmedicare.com](https://fhcpmedicare.com). Necesitará su tarjeta de identificación de FHCP Medicare para comenzar. Acceda a los documentos de su plan, consulte los gastos que corren por su cuenta y mucho más con su cuenta segura de miembro.

## INFORMACION IMPORTANTE:

### Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos



### Florida Blue HMO - H1035

En el 2024, Florida Blue HMO - H1035 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆



Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Florida Blue HMO 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local a 855-462-3427 (número gratuito) o al 800-955-8770 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local. Miembros actuales favor de llamar 833-866-6559 (número gratuito) o al 800-955-8770 (teléfono de texto).

La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.