

# Florida Cuidado Completo

## Formulario de Solicitud de Inscripción – Planilla -2022 Individual

**Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

**Selecciones el plan al que desea unirse:**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Florida Cuidado Completo (HMO I- SNP)</b>                   | <b>\$34.30 al mes</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Florida Cuidado Completo – En la Comunidad (HMO I- SNP)</b> | <b>\$34.30 al mes</b> |

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ [Opcional: Inicial del Segundo nombre]: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) ( ___/___/____ )	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: ( _____ )
---	---	----------------------------------

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Además, también podríamos ponernos en contacto con usted mediante  
 email y/o  texto?

Dirección de su residencia permanente (No use su dirección de apartado de correo Postal):

Ciudad: \_\_\_\_\_ [Opcional: Condado]: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (apartado de correo es permitido):  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ [Opcional: Condado]: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Su información de Medicare:

<b>Fecha efectiva de su Medicare:</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>Parte A Fecha Efectivo:</b></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td><b>Part B Fecha Efectivo:</b></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Parte A Fecha Efectivo:</b>		<b>Part B Fecha Efectivo:</b>		<b>Número de Medicare:</b>  <div style="text-align: center;">           _____ - _____ - _____         </div>
<b>Parte A Fecha Efectivo:</b>					
<b>Part B Fecha Efectivo:</b>					

**Responda estas importantes preguntas:**

Tendrá Ud. Otra cobertura de medicinas recetadas (tales como VA, TRICARE) Además de Florida Cuidado completo?

Si       No

Nombre del otro plan de cobertura:      Número de Asociado de esta cobertura

\_\_\_\_\_

Número de Grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicaid:**

Esta Ud. Actualmente inscrito en Medicaid? Si lo esta, complete la siguiente información

Si       No

**Número de Medicaid (si es aplicable):**

\_\_\_\_\_

Usted Trabaja?  Si     No

Su esposo/esposa trabaja?  Si     No

**Información del proveedor de atención primaria:**

Número de identificación de Atención Primaria (como se indica en el Directorio de proveedores)

Nombre del Grupo del Médico Primario

Nombre del proveedor:

Apellido del proveedor:

Dirección del Médico Primario

Ciudad:

[Opcional: Condado]:

Estado:

Código Postal:

**Información de las instalaciones**

Nombre:

Teléfono:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

**Sección 2 – Todos los campos de esta página  
son opcionales**

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no la llena.**

Seleccione uno si usted desea que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés.

Español

Seleccione uno si usted desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille     Letra Grande

Por Favor contacte a Florida Cuidado Completo al teléfono 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) Si usted necesita información en un formato mas accesible, que no sea el indicado anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8 a.m. hasta las 8 p.m., los siete días a la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) y del 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, de Lunes a Viernes (excepto días festivos) y del 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

## Como pagar las primas de su plan

**Enviame una factura:** Usted tiene la opción de recibir una factura de Florida Cuidado Completo.

- Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscribirse tarde que usted tenga, o pueda deber actualmente) por correo, el cheque debe hacerse pagadero a Florida Complete Care, no a CMS ni tampoco a HHS. Envíe su cheque antes del 1st del mes a:

Florida Complete Care  
Attn: FC2 Finance  
PO Box 667870  
Miami, Florida 33166

**También puede optar por pagar su prima al sacarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) cada mes.**

Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> <b>Chequera – puede adjuntar una cheque ANULADO o proveer la siguiente information</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ahorros – DEBE</b> adjuntar una carta de la institución financiera con información de su cuenta y número de ruta.
--	---

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del banco

Número de la ruta bancaria \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(\*Estos son los primeros 9 dígitos impresos en la esquina inferior izquierda de su cheque.)

Número de cuenta bancaria\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Yo autorizo al banco anterior a deducir mis primas mensuales.

**Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social  o de la Junta de Jubilación de Ferrocarril (RRB)**

(La deducción del Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria (RRRB) puede tomar dos o más meses para comenzar después de que el Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRRB) apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRRB) acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRRB) incluirá todas las primas debidas desde la fecha de inscripción efectiva hasta el momento en que comienza la retención de puntos. Si el Seguro Social o la Junta de Jubilación ferroviaria (RRB) retrasa o no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

mensuales).

**Si usted tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), usted debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** La cantidad generalmente se retira de su beneficio del Seguro Social, o recibir una factura de Medicare (o del RRB). NO pague a Florida Complete Care la Parte D-IRMAA.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD**

**Por lo general, Usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de Octubre h plan only during the annual enrollment period from October 15 hasta el 7 de Diciembre de cada año.** Hay excepciones que puede permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período de tiempo.

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, según su conocimiento, es elegible para un Período de Inscripción. Si nosotros posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser dado de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
  
- Estoy inscrito en un Plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
  
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o Me acabo de mudar y este plan es una nueva opción para mí. Yo me mudé el (insertar la fecha) \_\_\_\_\_.
  
- Recientemente fui liberado del encarceramiento. Fui liberado el (insertar la fecha) \_\_\_\_\_.
  
- Recientemente regresé a los Estado Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Yo regrese el (insertar la fecha date) \_\_\_\_\_.
  
- Yo recientemente obtuve el estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve mi estatus legal el (insertar la fecha ) \_\_\_\_\_.
  
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recien recibido el Medicaid, tuve un cambio de asistencia en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) on (insertar la fecha) \_\_\_\_\_.
  
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí ayuda adicional) el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
  
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio
  
- Me mudo, vivo o recientemente me mudé de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudo hacia/fuera del centro el (insertar fecha). Me mudé / me mudare dentro/ el (insertar la fecha) \_\_\_\_\_.
  
- Recientemente dejé un programa PACE en (insertar la fecha) \_\_\_\_\_.
  
- OTRO: Tengo un período de inscripción abierta porque se considera que tengo un nivel institucional de atención (OEPI).

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

## Criterios de Elegibilidad:

Nuestro plan esta diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de attention que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

- Para ser elegible para nuestro plan, debe cumplir con uno de las dos requisitos que se enumeran a continuación.
- Usted vive en un hogar de ancianos disponible a traves de nuestro plan.
- Usted vive en casa y el Estado de la Florida ha certificado que usted necesita el tipo de atencion que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Medico (Parte B) para permanecer en Florida complete Care.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Florida Complete Care compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Florida Complete Care, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Florida Complete Care. Los beneficios y servicios proporcionados por Florida Complete Care y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Florida Complete Care (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Florida Complete Care pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

1. Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción; y
2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

• **Firma:**

**Fecha de hoy:**

• **X**

---

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:**

Nombre:

Dirección:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono:	Relación con el afiliado:
---------------------	---------------------------

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescripción Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_



**Applicant: Please do not complete the following sections.**  
**Agent/Broker: Please fill in ALL fields including "Writing Agent" and 'Agency' with your assigned Encrypted ID, Code, or Tax ID based on your appointed brand, state AND product.**

Coverage effective date \_\_\_\_\_ Plan ID # \_\_\_\_\_

I helped the applicant fill out this application.  Yes  No

Was this an individual face-to-face appointment?  Yes  No

If Yes, how was a scope of appointment (SOA) collected?

Paper  Recorded call (voice recording ID) \_\_\_\_\_

Print Name: First Name Last Name

Writing Agent TIN (10 digits)/Agent Code \_\_\_\_\_

Agent TIN (10 digits) or Agent Code \_\_\_\_\_

Agency Name \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Application received date \_\_\_\_\_