

Cuidado completo de Florida

Formulario de solicitud de inscripción individual – 2023

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

Seleccione el plan al que desea unirse:

Florida Complete Care (HMO I- SNP)

\$35.90 por mes

Florida Complete Care –In The Community (HMO I- SNP)

\$35.90 por mes

Nombre:

Apellido:

(Optional: Inicia del Segundo Nombre:

Fecha de Nacimiento: (Mes, Día, Año)

Sexo:

Número de teléfono:

(__/__/____)

Masculino
Femenino

() -

Dirección de correo electrónico:

Además, ¿podemos ponernos en contacto con usted por email y/o texto?

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

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

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

Dirección:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Fecha de vigencia de Medicare:

Número de Medicare:

Parte A Fecha Efectivo:

Parte B Fecha Efectivo

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Florida Complete Care? Sí No

Nombre de otra cobertura: _____ Número de Asociado de esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

Su información de Medicaid:

¿Está actualmente inscrito en Medicaid? En caso afirmativo, complete la información a continuación.
 Sí No

Número de Medicaid (si es aplicable)::

¿Usted Trabaja? Sí No
No

¿Su esposo/esposa trabaja? Sí

Información del proveedor de atención primaria:

Número de identificación de Atención Arimaria (como se indica en el Director del proveedores):

Nombre del Grupo del Médico Primario:

Nombre del Proveedor:

Apellido del Proveedor:

Dirección del Médico Primario:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Información de las instalaciones

Nombre:

Teléfono:

**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.

¿Eres de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- No, no de origen hispano, latino/a o español Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano/a
 Sí, puertorriqueño Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español
 Elijo no responder.

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- Indio americano o indio asiático nativo de Alaska Negro o afroamericano
 Chino filipino guamaní o chamorro
 Japonés Coreano Nativo Hawaiano
 Otros asiáticos Otros isleños del Pacífico samoanos
 Blanco vietnamita
 Elijo no responder.

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

- Inglés Criollo Frances Other_____

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

- Braille CD de Audio Letra Grande

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

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

Seleccione uno o más.

- Resumen de Beneficios Evidencia de Cobertura Calificaciones por estrellas
 Aviso de Prácticas de Privacidad Nombramiento de Representante LIS Premium Resumen
 Catálogo de beneficios de venta libre
 Otra cosa_____

Dirección de correo electrónico:

H9986_2023Ef_C

Nombre del solicitante:_____

una factura en papel por sus primas mensuales).

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

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de Octubre al 7 de Diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

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 leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele la inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan 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 para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Seguí adelante (insertar fecha) _____
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Fui liberado el (insertar fecha) _____
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (insertar fecha) _____
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado en (insertar fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién recibido Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en (insertar fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibió Ayuda Adicional, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdió Ayuda Adicional) en (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 estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro / fuera de la instalación en (insertar fecha) _____
- Recientemente dejé un programa PACE en (insertar fecha) _____
- OTRO: Tengo un período de inscripción abierta porque se considera que tengo un nivel institucional de atención (OEPI).

H9986_2023Ef_C

Nombre del solicitante: _____

Criterios de elegibilidad:

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

Para ser elegible para nuestro plan, debe cumplir con uno de los dos requisitos que se enumeran a continuación.

- Usted vive en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan.
- Usted vive en casa y el Estado de Florida ha certificado que necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) de Medicare 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 con 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 solo puedo inscribirme en un plan de MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- 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:

X

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

H9986_2023Ef_C

Nombre del solicitante: _____

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 Prescription 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. **Solicitante: Por favor, no complete las siguientes secciones. Agente / Corredor: Complete TODOS los campos, incluidos "Agente de escritura" y "Agencia" con su IDENTIFICACIÓN cifrada, Código o Identificación fiscal asignada según su marca, estado Y producto designados.**

Fecha de vigencia de la cobertura _____ Plan ID# _____

Ayudé al solicitante a completar esta solicitud. Sí No

¿Fue una cita individual cara a cara? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo se recopiló el alcance de un nombramiento (SOA)?

Llamada grabada en papel (ID de grabación de voz) _____

Nombre de impresión: Nombre Apellido

Agente de escritura TIN (10 dígitos)/Código de agente _____

TIN del agente (10 dígitos) o código del agente _____

Nombre de agencia _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Firma _____ Fecha de recepción de la solicitud _____

Inserción multilingüe

Servicios de interpretación multilingüe

Inglés: Tenemos servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-833-322-7526. Alguien que hable inglés / idioma puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

H9986_2023Ef_C

Nombre del solicitante: _____

Español: 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 1-833-322-7526. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 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 1-833-322-7526。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Cantonés chino: 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 1-833-322-7526。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。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-322-7526. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: 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 1-833-322-7526. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: 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 1-833-322-7526 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-322-7526. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-322-7526 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 1-833-322-7526. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: .. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية 1-833-322-7526 عليك سوى الاتصال بنا على
إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس

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 1-833-322-7526 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-322-7526. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter mmm intérprete, contacte-nos através do número 1-833-322-7526. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal

H9986_2023Ef_C

Nombre del solicitante: _____

oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-322-7526. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: 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 1-833-322-7526. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 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、1-833-322-7526 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。

H9986_2023Ef_C

Nombre del solicitante: _____