

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un Plan Medicare Advantage o el Plan de medicamentos recetados de Medicare.

### Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos y tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Vivir en un área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, debe tener ambos de los siguientes seguros:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

**Importante:** Para inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare, también debe tener uno o ambos de los siguientes seguros:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para coberturas que comienzan el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de tener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones donde se le permite inscribirse o cambiar de planes

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué tengo que completar en este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los campos en la Sección 1. Los campos en la Sección 2 son optativos. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud tenga un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es en promedio 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: , 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni nada que contenga su información personal (por ejemplo, reclamos, pagos, historias clínicas, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (Oficina de Autorización de Informes de PRA). Se destruirá todo lo que recibamos que no sea para mejorar este formulario o el proceso de recopilación de información (se detalla en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni reenviará al plan. Lea "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

## Recordatorio:

- Si usted quiere inscribirse en el 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 con la prima del plan. Puede optar por inscribirse para solicitar que se la descuenten de su cuenta bancaria o del beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Florida Complete Care  
4601 NW 77th Avenue  
Miami, FL 33166

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

## ¿Cómo solicito ayuda con este formulario?

Comuníquese con Florida Complete Care al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, puede llamar 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 Florida Complete Care al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526)/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar dirección de residencia permanente un apartado postal, una dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del seguro social).

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales):				
<b>Seleccione el plan al que desea inscribirse:</b>		<b>Fecha de entrada en vigor de la cobertura:</b> ( ___ / ___ / _____ )		
<input type="checkbox"/> Florida Complete Care (HMO I-SNP)		\$4.80 al mes (prima de la Parte D)/ \$0.00 al mes (prima de la Parte C)		
<input type="checkbox"/> Florida Complete Care – In the Community (HMO-POS I-SNP)		\$4.80 al mes (prima de la Parte D)/ \$0.00 al mes (prima de la Parte C)		
<b>Florida Complete Care – Duals-VIP (HMO-POS D-SNP)</b> <input type="checkbox"/> Plan 004 – 1 <input type="checkbox"/> Plan 004 – 2 <input type="checkbox"/> Plan 004 – 3		\$0.00 (incluye las partes C y D) al mes \$0.00 (incluye las partes C y D) al mes \$0.00 (incluye las partes C y D) al mes		
Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ( ___ / ___ / _____ )		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de teléfono: ( _____ ) _____ - _____
Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse dirección de residencia permanente):				
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite el apartado postal):				
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:	
Su información de Medicare:				
Número de Medicare: _____ - _____ - _____				
Responda estas importantes preguntas:				
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Florida Complete Care? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre de la otra cobertura:		Número de afiliado para esta cobertura:		Número de grupo para esta cobertura
_____                        _____                        _____				
Para ser elegible para nuestros planes, debe cumplir con los requisitos que se enumeran a continuación.				
• (HMO I- SNP) ¿Vive en un asilo de ancianos disponible a través de nuestro plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
(En caso afirmativo, complete la información a continuación):				
Nombre del centro:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Responda estas importantes preguntas (continuación):**

• (HMO-POS I- SNP) ¿Vive en su hogar y el estado de Florida ha certificado que necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un asilo de ancianos?  Sí  No (En caso afirmativo, complete la información a continuación):

Nombre del centro:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--------------------	------------	---------	---------	----------------

• (HMO-POS D- SNP) ¿Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, vive en nuestra área de servicio, recibe ciertos niveles de asistencia de Medicaid de Florida?  Sí  No (En caso afirmativo, complete la información a continuación):

**N.º de Medicaid:** \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo conservar tanto el plan hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Florida Complete Care.
- Al inscribirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Florida Complete Care compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para hacer 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.
- Entiendo que yo puedo estar inscrito en solo un plan MA o de la Parte D por vez, y que esa inscripción en ese plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- 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 afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Florida Complete Care pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado firma (como se describe arriba), esa firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la solicite.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

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

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

**Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales:**

**Responder estas preguntas es voluntario. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.  
 Español  Creole  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en alguno de los siguientes formatos.  
 Braille  En letra grande  CD de audio  CD de datos  
Comuníquese con Florida Complete Care al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) si necesita información en otro formato que no se haya mencionado arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja?  Sí  No                      ¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Indique su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

<input type="checkbox"/> Resumen de beneficios	<input type="checkbox"/> Catálogo de beneficios para medicamentos sin receta
<input type="checkbox"/> Evidencia de cobertura	<input type="checkbox"/> Calificaciones de calidad
<input type="checkbox"/> Aviso de prácticas de privacidad	<input type="checkbox"/> Designación de representante
<input type="checkbox"/> Resumen de primas LIS	<input type="checkbox"/> Otro _____

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Pago de las primas de su plan:**

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) por correo, mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito todos los meses, etc. **Para pagar su prima también puede solicitar que se la descuenten de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) todos los meses.**

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague a Florida Complete Care la IRMAA de la Parte D.**

Seleccione una opción a continuación:

- Por correo – Recibirá una factura mensual.
- Mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) – Le enviaremos un formulario de autorización por separado para recopilar su información bancaria.
- Con tarjeta de crédito – Le enviaremos un formulario de autorización por separado para recopilar la información de su tarjeta.
- Mediante una deducción de su cheque de beneficio mensual del Seguro Social.
- Mediante una deducción de su cheque de beneficio de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

**Para personas que ayudan al solicitante a completar este formulario únicamente**

Complete esta sección si usted es la persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares o terceros) que está ayudando al solicitante a completar este formulario.

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

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

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

Número del productor nacional (agentes/corredores únicamente): \_\_\_\_\_

Otra información administrativa necesaria según el plan: \_\_\_\_\_

**Declaración 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. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare (IEP/ICEP).
- Me inscribo durante el período anual de inscripción abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre (AEP).

### Declaración de elegibilidad (continuación)

- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indicar fecha) \_\_\_\_\_ (SEP).
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en Extra Help (Ayuda adicional) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid, llamado Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP) integrado.
- Me voy a mudar a, resido en o dejé de residir hace poco en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/de un centro el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco salí de un programa PACE el (indicar fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo un periodo de inscripción abierta porque se considera que tengo un nivel de atención institucional (OEPI).
- Me afectó una emergencia o un desastre mayor (declarado por la Federal Emergency Management Agency [FEMA] o por un organismo estatal federal o gubernamental local). Una de las otras declaraciones que se aplican a mi situación, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción por el desastre (SEP).
- Otros: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), la mejora de la atención y el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", n.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.