Florida Blue MEDICARE
Your local Blue Cross Blue Shield

FHCP Medicare

# 2024 Guía de Inscripción

## Condado de St. Johns

FHCP Medicare Flagler Advantage (HMO) H1035-016

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Y0011_FHCP0276S 2023_M

# 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.

**1-855-462-3427 (TTY: 1-800-955-8773)**

**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

92808S 0720

# 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 ..... 9

## Información de Inscripción

¿Está listo para inscribirse? ..... 24

Formularios utilizados para la inscripción ..... 25

Lista de verificación previa a la inscripción ..... 26

Formulario de inscripción individual ..... 27

Autorización de la información médica protegida ..... 43

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas ..... 47

Lista de verificación para la inscripción ..... 55

## ¿Y después?

Cómo aprovechar al máximo el dinero ..... 64

Lo que puede esperaren los primeros 90 días ..... 66

# ¿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

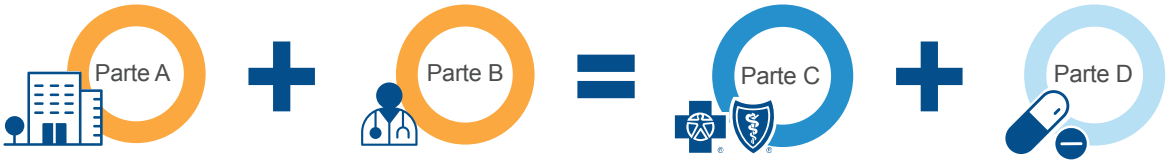
Cubre algunos o todos los costos que no cubren las partes A y B, como deducibles, copagos y coseguro

## PLAN PARTE D DE MEDICARE

Cubre medicinas recetadas

## PLAN MEDICARE ADVANTAGE

Ofrecido por compañías privadas de seguros

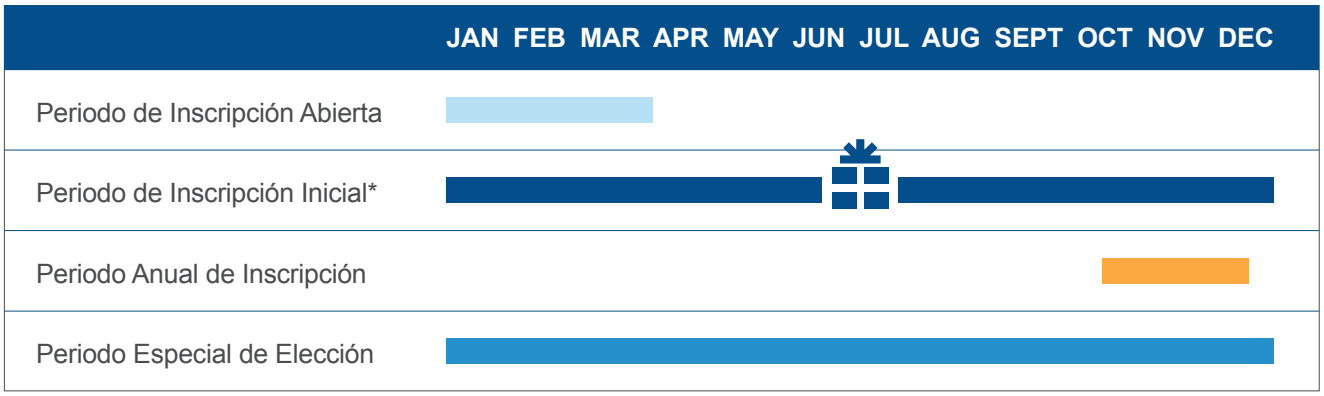



Combina la Parte A y la Parte B de **Medicare Original** en un plan

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

92054S 0722

# 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.

92055S 0722

Florida Blue MEDICARE | FHCP Medicare

# Un vistazo a los beneficios

**FHCP MEDICARE FLAGLER ADVANTAGE (HMO)**

## Costos y detalles del plan

| | |
|---|---|
| **Número de PBP** | H1035-016 |
| **Área de servicio** | St. Johns |
| **¿De cuánto es la prima mensual?** | **$0** Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. |
| **¿De cuánto es el deducible?** | **$0** para servicios de atención médica |
| **¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios médicos cubiertos?** | **$3,650** por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. |

## Beneficios médicos y hospitalarios

| | |
|---|---|
| **Visitas al consultorio médico** | **$0 de copago** Médico de atención primaria<br>**$15 de copago** Especialista |
| **Atención preventiva** | **$0 de copago** |
| **Centro de hospitalización** | Días 1 a 5: **$215 de copago** por día.<br>Después del día 5, el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos. |
| **Servicios ambulatorios en el hospital** | **$150 de copago** |
| **Cirugía ambulatoria** | **$75 de copago** en un centro de cirugía ambulatoria<br>**$150 de copago** en un centro de atención ambulatoria |
| **Servicios de urgencia necesarios** | **$0 de copago** por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP<br>**$10 de copago** en un centro de atención de urgencia |
| **Sala de emergencia** | **$125 de copago** |



Y0011_FHCP0273S 2023_M

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

| | |
|---|---|
| **Deducible** | **$0 por año** para los medicamentos recetados de la Parte D. |

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

| | |
|---|---|
| **Nivel 1**<br>(Genéricos preferidos) | **$0 de copago** |
| **Nivel 2**<br>(Genéricos) | **$5 de copago** |
| **Nivel 3**<br>(Marca preferida) | **$44 de copago** |
| **Nivel 4**<br>(No preferidos) | **$95 de copago** |
| **Nivel 5**<br>(Especialidad) | **33 % de coseguro** |
| **Nivel 6**<br>(Vacunas) | **$0 de copago** |

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

| | |
|---|---|
| **Nivel 1**<br>(Genéricos preferidos) | **$0 de copago** |
| **Nivel 2**<br>(Genéricos) | **$12 de copago** |
| **Nivel 3**<br>(Marca preferida) | **$129 de copago** |
| **Nivel 4**<br>(No preferidos) | **$282 de copago** |
| **Nivel 5**<br>(Especialidad) | No es aplicable |
| **Nivel 6**<br>(Vacunas) | No es aplicable |

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** | **$0 de copago** por examen de la vista de rutina anual.<br>**Subsidio de $180** cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante. |
| **Servicios dentales** | **$0 de copago** para los siguientes servicios:<br>• Exámenes bucales, limpiezas y radiografías<br>• Extracciones no quirúrgicas<br>• Ajuste de la prótesis dental completa o parcial<br>Consulte la Evidencia de cobertura para conocer los límites y la frecuencia de la cobertura. |
| **Servicios de audición y audífonos** | **$0 de copago** por un examen auditivo de rutina por año.<br>**$0 de copago** por evaluación y ajuste de audífonos.<br>**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. |
| **Artículos de venta libre** | **Subsidio trimestral de $60** para la compra de artículos sin receta, como vitaminas y aspirina. Lo que debe saber:<br>Cualquier saldo no utilizado para un trimestre no se transferirá al trimestre siguiente. |
| **Recompensas de FHCP Medicare** | Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos. |
| **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. |

Florida Blue MEDICARE
Your local Blue Cross Blue Shield

FHCP Medicare

# 2024 Resumen de Beneficios

**Planes Medicare Advantage con cobertura Parte D para medicinas recetadas**

FHCP Medicare Flagler Advantage (HMO) H1035-016

**1/1/2024 – 12/31/2024**

El área de servicio del plan incluye:

**Condado de St. Johns**

Y0011_FHCP0270S 2023_M

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**.

Si desea saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted* 2024. Consúltelo en línea en **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: St. Johns.**

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

Tenemos 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.

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (**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 este plan, llámenos al 1-833-866-6559, TTY: 1-800-955-8770.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-462-3427, TTY: 1-800-955-8770.**
  - 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.
  - Desde el 1 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, excepto los días feriados principales.
- O visite nuestro sitio web en **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

| | |
|---|---|
| **Prima mensual del plan** | $0<br>Debe continuar pagando la Parte B de Medicare. |
| **Deducible** | $0 por año para los servicios de salud<br><br>$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D.<br><br>No hay deducible para insulinas. |
| **Responsabilidad máxima de gastos a su cargo** | $3,650 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

| | |
|---|---|
| **Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados *◇** | • $215 de copago por día del día 1 al 5<br>• $0 de copago por día, después del día 5 |
| **Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios *◇** | • $150 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare<br>• $150 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare |
| **Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) *◇** | • $75 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio |
| **Visitas al médico** | • $0 de copago por visita de atención primaria<br>• $15 de copago por visita al especialista *◇ |

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

| | |
|---|---|
| **Atención preventiva** | • $0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare<br>  • Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal<br>  • Visita anual de bienestar<br>  • Densitometría ósea<br>  • Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)<br>  • Visita para disminución del riesgo de enfermedades |

| | |
|---|---|
| | cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)<br>• Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares<br>• Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal<br>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal<br>• Exámenes de detección de la depresión<br>• Examen de detección de la diabetes<br>• Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes<br>• Programas de educación para la salud y el bienestar<br>• Detección de la hepatitis C<br>• Pruebas de detección del VIH<br>• Vacunas<br>• Terapia nutricional médica<br>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)<br>• Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso<br>• Exámenes para la detección del cáncer de próstata<br>• Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol<br>• Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)<br>• Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas<br>• Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)<br>• Cuidados de la vista: detección del glaucoma<br>• Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" |
| **Atención de emergencia** | **Atención de emergencia cubierta por Medicare**<br>• $125 de copago por visita dentro o fuera de la red<br>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.<br>**Servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional**<br>• $125 de copago por atención de emergencia a nivel internacional<br>• $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 |

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

| | |
|---|---|
| **Servicios de urgencia necesarios** | **Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare**<br>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.<br>• $0 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP<br>• $10 de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red<br><br>**Servicios de urgencia necesarios a nivel internacional**<br>• $10 de copago por servicios de urgencia necesarios a nivel internacional<br>• $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 de diagnóstico/laboratorio/ escáner *◇** | **Servicios de laboratorio**<br>• $0 de copago<br>**Radiografías**<br>• $10 de copago<br>**Servicios radiológicos de diagnóstico**<br>Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (CT).<br>• $10 a $175 de copago<br>**Pruebas de diagnóstico y procedimientos**<br>• $0 a $200 de copago<br>**Radioterapia**<br>• $10 a $50 de copago |
| **Servicios de la audición** | **Servicios de la audición cubiertos por Medicare***<br>• $45 de copago por exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio<br><br>**Servicios de la audición adicionales**<br>• $0 de copago por un examen auditivo de rutina por año<br>• $0 de copago evaluación y ajuste de audífonos<br>• $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.<br>• NOTA: Para tener acceso al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.<br><br>• El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el beneficio de asignación. Sujeto al máximo de |

| | |
|---|---|
| | beneficios. |
| **Servicios dentales** | **Servicios dentales cubiertos por Medicare ◇**<br>• $20 de copago por atención dental que no es de rutina<br><br>**Servicios dentales adicionales**<br>• $0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos<br><br>• $0 de copago por servicios dentales integrales cubiertos |
| **Servicios de la vista** | **Servicios de la vista cubiertos por Medicare**<br>• $0 de copago por servicios de optometría cuyo fin sea diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos<br>• $15 de copago por servicios de oftalmología cuyo fin sea diagnosticar y tratar de enfermedades y afecciones de los ojos<br>• $0 de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)<br>• $0 de copago por un examen de la retina para diabéticos por año<br>• $0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas<br><br>**Servicios de la vista adicionales**<br>• $0 de copago por un examen de la vista de rutina anual<br>• El plan paga hasta $180 cada 2 años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante |
| **Servicios de salud mental *◇** | **Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados**<br>• $215 de copago por día del día 1 al 5<br>• $0 de copago por día del día 6 al 90<br>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico<br><br>**Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios**<br>• $15 de copago |
| **Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) *◇** | • $0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20<br>• $150 de copago por día desde el día 21 hasta el día 100<br>Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) por período de beneficio. No es necesaria una hospitalización previa. |
| **Fisioterapia *◇** | • $20 de copago por visita. |
| **Ambulancia ◇** | **Servicios de ambulancia cubiertos por Medicare**<br>• $265 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)<br><br>**Servicios de ambulancia a nivel internacional**<br>• $265 copago por servicios de ambulancia de emergencia a nivel internacional<br>• $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 |
| **Transporte** | • Sin cobertura |

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

| | |
|---|---|
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇** | • 0 % de coseguro por los siguientes medicamentos de la Parte B (albuterol, ipratropium, albuterol-ipratropium)<br>• Hasta 20 % de coseguro para medicamentos de quimioterapia, de infusión, y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B<br>• 20 % hasta $35 al mes para las insulinas a través de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) |

## Beneficios adicionales

| | |
|---|---|
| **Suministros para la diabetes** | **Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare**<br>• 20 % del costo total de 50 tiras reactivas/sensores<br>• 20 % del costo total de las lancetas<br>• 0 % del costo total del glucómetro |
| **Podología** | **Servicios de podología cubiertos por Medicare**<br>• $15 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare |
| **Quiropráctico** | • $20 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare |
| **Equipos y suministros médicos ◇** | • 20 % del costo por equipo médico duradero aprobado por el plan y cubierto por Medicare |

## Beneficios adicionales (continuación)

| | |
|---|---|
| **Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios *◇** | • $20 de copago por visita. |
| **Telesalud** | **Telesalud a través del proveedor con contrato de FHCP Medicare:**<br>• $10 de copago por una visita al PCP<br>• $30 de copago por una visita al psicólogo<br><br>**Visitas de telesalud con un proveedor del personal de FHCP:**<br>• $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) |

## Beneficios adicionales (continuación)

| | |
|---|---|
| **Artículos de venta libre** | • Asignación trimestral de $60 para la compra de artículos sin receta, como vitaminas y aspirina<br>• Cualquier saldo no utilizado para un trimestre no se transferirá al siguiente trimestre. |
| **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 |
| **Recompensas de FHCP Medicare** | • Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos |

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

**Etapa de deducible**
Este plan no tiene deducible. No hay deducible para insulinas.

**Etapa de Cobertura Inicial**
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.

Usted permanece en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos del año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcance los **$5,030**. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

| *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.* | **Minorista preferido (suministro de 31 días)** | **Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)** | **Pedido por correo (suministro de 93 días)** |
|---|---|---|---|
| **Nivel 1 - Genéricos preferidos** | $0 de copago | $10 de copago | $0 de copago |
| **Nivel 2 - Genéricos** | $5 de copago | $20 de copago | $12 de copago |
| **Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos** | $44 de copago<br>$35 de copago por insulinas | $47 de copago<br>$35 de copago por insulinas | $129 de copago<br>$105 de copago por insulinas |
| **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos** | $95 de copago<br>$35 de copago por insulinas | $100 de copago<br>$35 de copago por insulinas | $282 de copago<br>$105 de copago por insulinas |
| **Nivel 5 - Medicamentos especializados** | 33 % de coseguro<br>$35 de copago por insulinas | 33 % de coseguro<br>$35 de copago por insulinas | No es aplicable |
| **Nivel 6 - Vacunas ($0 de costo compartido)** | $0 de copago | $0 de copago | No es aplicable |

**Etapa de brecha en la cobertura**
La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamado "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcanzan los **$5,030**. Puede permanecer en esta etapa hasta que los costos de su bolsillo del año a la fecha alcancen el total de **$8,000**.

Durante la etapa de brecha en la cobertura

- Para medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y Nivel 2 (medicamentos genéricos), paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial o el 25 % de los costos, lo que sea menor.
- Por los medicamentos genéricos en todos los demás niveles, usted paga el 25 % de los costos.
- Por los medicamentos de marca, usted paga el 25 % del costo (más una parte de la tarifa de suministro).
- Por las insulinas, usted no pagará más de $35 de copago por un suministro de un mes de cada insulina.

**Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos**
Después de alcanzar el límite anual de $8,000 en costos de bolsillo por medicamentos, usted paga:

- $0 de copago para todos los medicamentos de la Parte D en todos los niveles.

**Cobertura adicional de medicamentos**

- Llámenos o consulte la "*Evidencia de cobertura*" del plan en nuestro sitio web (**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, 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 1-855-462-3427 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) 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**.

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.

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. Visite fhcpmedicare.com/ndnotice_ENG para obtener información acerca de nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística, visite fhcpmedicare.com/ndnotice_SPA.

## 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: 1-800-955-8773). 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 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 1-833-866-6559. 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-866-6559. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 답해 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-866-6559. سيقوم 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 Italianovi 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 oswa 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ございます。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。

Florida Blue MEDICARE
Your local Blue Cross Blue Shield

FHCP Medicare

# 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.

Florida Blue MEDICARE | FHCP Medicare

# ¿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**. 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 **1-855-462-3427** (TTY 1-800-955-8773).

## 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. |

Florida Blue MEDICARE | FHCP Medicare

# 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 1-855-462-3427 (TTY: 1-800-955-8770).

## 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** o llame al 1-855-462-3427 (TTY:1-800-955-8770) 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 2024.
- [ ] 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.

FHCP Medicare

N.º de OMB 0938-1378 Vencimiento: 07/31/2024

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean 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 de Medicare Advantage, también debe tener:

- 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 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.

## ¿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 elementos a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar cobertura por no haber incluido la información marcada como opcional.

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene 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 deducción 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 Flagler Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-800-955-8773.

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la 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**

FHCP Medicare

P.O. Box 45296 | Jacksonville, FL 32232-5296

Un plan de salud de Medicare Advantage

# Formulario de inscripción individual

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

○ **FHCP Medicare Flagler Advantage** $0 por mes

| Nombre: | Apellido: | Inicial del segundo nombre: |
|---|---|---|
| | | |

| Fecha de nacimiento: | Sexo: | Número de teléfono del hogar: | Otro número de teléfono: |
|---|---|---|---|
| M M D D Y Y Y Y | ○ M ○ F | ( ) | ( ) |

Dirección de residencia permanente (no se permite un apartado postal):

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

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

| Calle: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
|---|---|---|---|
| | | | |

**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 de Medicare: | Fecha de vigencia de la Parte B: |
|---|---|---|
| | M M D D Y Y Y Y | M M D D Y Y Y Y |

Al proporcionar la información anterior, usted acepta recibir llamadas y mensajes de texto (SMS/MMS) sobre su cuenta y atención, y llamadas no relacionadas con marketing al/a los número(s) proporcionado(s) por Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare, sus filiales, y otras personas que actúen en su nombre a ese número de teléfono, incluidas llamadas y mensajes de texto a su dispositivo inalámbrico, que pueden incluir un sistema de marcación telefónica automatizada y otras tecnologías automatizadas relacionadas, un mensaje de voz pregrabado o artificial, o ambos, independientemente de las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Si no desea recibir llamadas de voz automáticas, pregrabadas o artificiales a su número de teléfono móvil, comuníquese con nosotros al 1-800-352-9824, ext. 7160.

**Origen étnico y raza** (opcional)

**¿Usted es de origen hispano, latino o español?** Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

- ○ No, no soy de origen hispano, latino ni 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 estadounidense o nativo de Alaska
- ○ Chino
- ○ Japonés
- ○ De otro país de Asia
- ○ Vietnamita
- ○ **Elijo no responder.**
- ○ Indígena asiático
- ○ Filipino
- ○ Coreano
- ○ De otra isla del Pacífico
- ○ Blanco
- ○ Negro o afroamericano
- ○ Guameño o chamorro
- ○ Hawaiano nativo
- ○ Samoano

Y0011_FHCP0279S 2023_C

**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:** ○ En español ○ Braille ○ Audio ○ Letra grande

Comuníquese con FHCP Medicare Flagler 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 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de dispositivos para sordomudos (teletypewriter, TTY) deben llamar al 1-800-955-8773.

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

1.¿Tendrá otra cobertura de medicamentos **recetados** (como VA, TRICARE) además de FHCP Medicare Flagler Advantage?
○ Sí ○ No

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de ID para 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 trabajan? ○ 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 Flagler 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.

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

○ Obtener 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ Hace poco salí de prisión. Salí el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Volví el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Recientemente se me otorgó la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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 de vivir allí el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Recientemente me di de baja de un programa de atención integral para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- ○ Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare finaliza 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 se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi 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 se aplica a usted o si tiene dudas, comuníquese con FHCP Medicare Flagler Advantage llamando al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8773) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local.

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

- Deberé conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en FHCP Medicare Flagler 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 EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de FHCP Medicare Flagler Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de FHCP Medicare Flagler Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por FHCP Medicare Flagler Advantage e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" de FHCP Medicare Flagler Advantage (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni FHCP Medicare Flagler Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que FHCP Medicare Flagler 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 Flagler Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, 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).
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:

  1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción.

  2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:** _____

**Fecha de hoy:** M M D D Y Y Y Y

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

**Nombre:** _____

**Dirección:** _____

**Número de teléfono:** ( _____ ) _____ – _____ **Relación con el inscrito:** _____

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de las coberturas de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en las coberturas Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Federal Code Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

## Mensajes de texto

Los mensajes de texto son una excelente manera de mantenerse en contacto, administrar su cuenta y obtener más información sobre su plan y sus beneficios.

Podremos enviarle un mensaje de texto de confirmación después de que se inscriba para completar su registro y recibir mensajes y alertas para miembros. Al optar por participar, usted acepta recibir mensajes de texto que pueden incluir, entre otros, asuntos financieros y marketing de Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare, sus afiliadas y otras personas que actúen en su nombre. Esto puede incluir tecnologías automatizadas sin tener en cuenta las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Comprendo que mi consentimiento no es necesario como condición para realizar una compra. La frecuencia de los mensajes varía y es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Estas comunicaciones pueden contener información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que está protegida por la ley aplicable y, al optar por participar, usted acepta y comprende que las comunicaciones pueden no estar cifradas, y acepta el riesgo de que las comunicaciones electrónicas no cifradas puedan ser interceptadas y/o leídas por un tercero. Puede cancelar el servicio de SMS para mensajes suscritos en cualquier momento.

○ **Deseo recibir mensajes de texto y alertas y acepto los términos y condiciones establecidos y mencionados anteriormente.**

Número de teléfono móvil: ( ________ ) ________ – __________

## Comunicaciones por correo electrónico

El correo electrónico es una excelente manera de mantenerse en contacto. Ingrese su correo electrónico a continuación para optar por recibir mensajes de correo electrónico. Al inscribirse en comunicaciones electrónicas, usted acepta recibir mensajes electrónicamente, que pueden incluir, entre otros, la Evidencia de Cobertura, el Resumen de beneficios, el Aviso de prácticas de privacidad, las declaraciones de poder, asuntos financieros y asuntos de marketing. Usted comprende y reconoce que las comunicaciones electrónicas pueden no ser seguras, usted es responsable y acepta el riesgo de que las comunicaciones electrónicas puedan ser interceptadas y/o leídas por un tercero. Al aceptar recibir comunicaciones electrónicas, usted acepta indemnizar y eximir de toda responsabilidad a Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare y a sus afiliadas de cualquier reclamo o causa de acción contra Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare y sus afiliadas por enviar cualquier tipo de información usando la dirección, el número de teléfono o cualquier otro dato de contacto que haya proporcionado.

Correo electrónico: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

| **Para uso interno:** | |
|---|---|
| Nombre del miembro del equipo/agente/intermediario (si ayudó durante la inscripción): ______________________ | Nombre de la entidad: ______________________ |
| N.º de identificación del plan: ______________ | Número de identificación de 5 dígitos de la entidad (si se conoce): \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Fecha de vigencia de la cobertura: ______________ | Fecha de recepción por parte del agente: ______________ |
| ICEP/IEP: ______________ | N.º de identificación del agente de FHCP Medicare: ______ |
| AEP: ______________ | Número de licencia estatal del agente: ______________ |
| SEP (tipo): ______________ | Número de confirmación del agente: ______________ |
| No es elegible: ______________ | |
| N.º de identificación de proveedor del PCP: ______________ | |

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

FHCP Medicare

N.º de OMB 0938-1378 Vencimiento: 07/31/2024

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean 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 de Medicare Advantage, también debe tener:

- 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 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.

## ¿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 elementos a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar cobertura por no haber incluido la información marcada como opcional.

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene 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 deducción 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 Flagler Advantage al 1-800-352-9824, ext. 7160. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-800-955-8773.

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la 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**

FHCP Medicare

P.O. Box 45296 | Jacksonville, FL 32232-5296

Un plan de salud de Medicare Advantage

# Formulario de inscripción individual

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

○ **FHCP Medicare Flagler Advantage** $0 por mes

| Nombre: | Apellido: | Inicial del segundo nombre: |
|---|---|---|
| | | |

| Fecha de nacimiento: | Sexo: | Número de teléfono del hogar: | Otro número de teléfono: |
|---|---|---|---|
| M M D D Y Y Y Y | ○ M ○ F | ( ) | ( ) |

Dirección de residencia permanente (no se permite un apartado postal):

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

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

| Calle: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
|---|---|---|---|
| | | | |

**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 de Medicare: | Fecha de vigencia de la Parte B: |
|---|---|---|
| | M M D D Y Y Y Y | M M D D Y Y Y Y |

Al proporcionar la información anterior, usted acepta recibir llamadas y mensajes de texto (SMS/MMS) sobre su cuenta y atención, y llamadas no relacionadas con marketing al/a los número(s) proporcionado(s) por Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare, sus filiales, y otras personas que actúen en su nombre a ese número de teléfono, incluidas llamadas y mensajes de texto a su dispositivo inalámbrico, que pueden incluir un sistema de marcación telefónica automatizada y otras tecnologías automatizadas relacionadas, un mensaje de voz pregrabado o artificial, o ambos, independientemente de las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Si no desea recibir llamadas de voz automáticas, pregrabadas o artificiales a su número de teléfono móvil, comuníquese con nosotros al 1-800-352-9824, ext. 7160.

**Origen étnico y raza** (opcional)

**¿Usted es de origen hispano, latino o español?** Encierre en un círculo todo lo que corresponda.

○ No, no soy de origen hispano, latino ni 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 estadounidense o nativo de Alaska
○ Chino
○ Japonés
○ De otro país de Asia
○ Vietnamita
○ **Elijo no responder.**
○ Indígena asiático
○ Filipino
○ Coreano
○ De otra isla del Pacífico
○ Blanco
○ Negro o afroamericano
○ Guameño o chamorro
○ Hawaiano nativo
○ Samoano

Y0011_FHCP0279S 2023_C

**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:** ○ En español ○ Braille ○ Audio ○ Letra grande

Comuníquese con FHCP Medicare Flagler 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 8 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de dispositivos para sordomudos (teletypewriter, TTY) deben llamar al 1-800-955-8773.

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

1.¿Tendrá otra cobertura de medicamentos **recetados** (como VA, TRICARE) además de FHCP Medicare Flagler Advantage?
○ Sí ○ No

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de ID para 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 trabajan? ○ 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 Flagler 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.

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

○ Obtener 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ Hace poco salí de prisión. Salí el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Volví el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Recientemente se me otorgó la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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 de vivir allí el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Recientemente me di de baja de un programa de atención integral para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ 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): M M D D Y Y Y Y
- ○ Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha): M M D D Y Y Y Y
- ○ Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- ○ Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare finaliza 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 se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi 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 se aplica a usted o si tiene dudas, comuníquese con FHCP Medicare Flagler Advantage llamando al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8773) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local.

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

- Deberé conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en FHCP Medicare Flagler 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 EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de FHCP Medicare Flagler Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de FHCP Medicare Flagler Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por FHCP Medicare Flagler Advantage e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" de FHCP Medicare Flagler Advantage (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni FHCP Medicare Flagler Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que FHCP Medicare Flagler 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 Flagler Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, 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).
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:

  1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción.

  2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:** _____

**Fecha de hoy:** M M D D Y Y Y Y

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

**Nombre:** _____

**Dirección:** _____

**Número de teléfono:** ( _____ ) _____ – _____ **Relación con el inscrito:** _____

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de las coberturas de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en las coberturas Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Federal Code Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

## Mensajes de texto

Los mensajes de texto son una excelente manera de mantenerse en contacto, administrar su cuenta y obtener más información sobre su plan y sus beneficios.

Podremos enviarle un mensaje de texto de confirmación después de que se inscriba para completar su registro y recibir mensajes y alertas para miembros. Al optar por participar, usted acepta recibir mensajes de texto que pueden incluir, entre otros, asuntos financieros y marketing de Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare, sus afiliadas y otras personas que actúen en su nombre. Esto puede incluir tecnologías automatizadas sin tener en cuenta las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Comprendo que mi consentimiento no es necesario como condición para realizar una compra. La frecuencia de los mensajes varía y es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Estas comunicaciones pueden contener información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que está protegida por la ley aplicable y, al optar por participar, usted acepta y comprende que las comunicaciones pueden no estar cifradas, y acepta el riesgo de que las comunicaciones electrónicas no cifradas puedan ser interceptadas y/o leídas por un tercero. Puede cancelar el servicio de SMS para mensajes suscritos en cualquier momento.

○ **Deseo recibir mensajes de texto y alertas y acepto los términos y condiciones establecidos y mencionados anteriormente.**

Número de teléfono móvil: ( ________ ) ________ – __________

## Comunicaciones por correo electrónico

El correo electrónico es una excelente manera de mantenerse en contacto. Ingrese su correo electrónico a continuación para optar por recibir mensajes de correo electrónico. Al inscribirse en comunicaciones electrónicas, usted acepta recibir mensajes electrónicamente, que pueden incluir, entre otros, la Evidencia de Cobertura, el Resumen de beneficios, el Aviso de prácticas de privacidad, las declaraciones de poder, asuntos financieros y asuntos de marketing. Usted comprende y reconoce que las comunicaciones electrónicas pueden no ser seguras, usted es responsable y acepta el riesgo de que las comunicaciones electrónicas puedan ser interceptadas y/o leídas por un tercero. Al aceptar recibir comunicaciones electrónicas, usted acepta indemnizar y eximir de toda responsabilidad a Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare y a sus afiliadas de cualquier reclamo o causa de acción contra Florida Blue, que opera bajo el nombre de FHCP Medicare y sus afiliadas por enviar cualquier tipo de información usando la dirección, el número de teléfono o cualquier otro dato de contacto que haya proporcionado.

Correo electrónico: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

| **Para uso interno:** | |
|---|---|
| Nombre del miembro del equipo/agente/intermediario (si ayudó durante la inscripción): ____________ | Nombre de la entidad: ____________ |
| N.º de identificación del plan: ____________ | Número de identificación de 5 dígitos de la entidad (si se conoce): \|_\|_\|_\|_\|_\| |
| Fecha de vigencia de la cobertura: ____________ | Fecha de recepción por parte del agente: ____________ |
| ICEP/IEP: ____________ | N.º de identificación del agente de FHCP Medicare: ______ |
| AEP: ____________ | Número de licencia estatal del agente: ____________ |
| SEP (tipo): ____________ | Número de confirmación del agente: ____________ |
| No es elegible: ____________ | |
| N.º de identificación de proveedor del PCP: ____________ | |

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

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

*Llene este formulario por completo y devuélvalo a:*

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

## 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 mi Información de salud protegida en relación a los productos de salud, dental y de cuidado a largo plazo.

## Sección I

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

Nombre del Miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Número de identificación del 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[1] ); 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

O

_____
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.

### 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[2]:

_____

Fecha de la Firma: _____

Relación con el miembro:

_____

[1] *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.*

[2] *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.*

93214S 0819

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

*Llene este formulario por completo y devuélvalo a:*

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

## 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 mi Información de salud protegida en relación a los productos de salud, dental y de cuidado a largo plazo.

## Sección I

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

Nombre del Miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Número de identificación del 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[1] ); 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

O

_____
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.

### 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[2]:

_____

Fecha de la Firma: _____

Relación con el miembro:

_____

[1] *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.*

[2] *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.*

93214S 0819

# 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.**

| _____ ☐ **Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)** |
|---|
| **Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare:** 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. |

| _____ ☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos** |
|---|
| **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Medicare Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:** 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). |
| **Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare:** 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. |
| **Plan privado de tarifas por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) de Medicare:** 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. |
| **Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:** 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. |
| **Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare:** 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. |
| **Plan de costos de Medicare:** 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.*

# Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas (continuación)

Agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique a continuación por escrito por qué el formulario del Alcance de la cita SOA no fue documentado antes de la reunión:

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

92812S 0719

**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.**

| _____ ☐ **Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)** |
|---|
| **Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) de Medicare:** 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. |

| _____ ☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos** |
|---|
| **Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Medicare Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:** 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). |
| **Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare:** 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. |
| **Plan privado de tarifas por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) de Medicare:** 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. |
| **Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare:** 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. |
| **Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare:** 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. |
| **Plan de costos de Medicare:** 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.*

# Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas (continuación)

Agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique a continuación por escrito por qué el formulario del Alcance de la cita SOA no fue documentado antes de la reunión:

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

92812S 0719

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

# Lista de verificación para la inscripción

FHCP Medicare

**Apellido del solicitante:** _____ **Nombre del solicitante:** _____

**Medicare exige a FHCP Medicare que se comunique 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 ☐ | No ☐ | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage? Este plan **no** es un plan Suplementario a Medicare, o "Medigap". Este plan reemplaza a Medicare Original. |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que para inscribirse debe tener "derecho" a la Parte A y estar inscrito en la Parte B? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿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 ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible de medicamentos recetados asociado con el plan (si corresponde) y el monto? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le informó sobre las farmacias preferidas de la red? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que para inscribirse debe tener la Parte A **o** la Parte B de Medicare? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas explicó la lista de medicamentos del plan (también conocido como formulario) y los niveles de los medicamentos? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas explicó la brecha en la cobertura, conocida también como "doughnut hole"? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Entiende que en la mayoría de los casos debe utilizar una farmacia de la red del plan de medicamentos? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas confirmó que sus medicamentos recetados están cubiertos por la lista de medicamentos del plan? |

## Para todos los planes

| | | |
|---|---|---|
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le proporcionó una explicación completa sobre los montos de las primas, los beneficios, los copagos y los cosaeguros? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le mostró el Resumen de beneficios y le entregó una copia? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le entregó su información de contacto (nombre, número de teléfono o tarjeta de negocios)? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿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 ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible médico asociado con el plan (si corresponde) y el monto? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que debe utilizar los proveedores de salud que pertenecen a la red para obtener los beneficios, copagos y coaseguros de la red? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿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? (**Nota:** 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 ☐ | No ☐ | ¿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 ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |

**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 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 federales. (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 licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.*

34349S 0719

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

# Lista de verificación para la inscripción

FHCP Medicare

**Apellido del solicitante:** _____ **Nombre del solicitante:** _____

**Medicare exige a FHCP Medicare que se comunique 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 ☐ | No ☐ | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage? Este plan **no** es un plan Suplementario a Medicare, o "Medigap". Este plan reemplaza a Medicare Original. |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que para inscribirse debe tener "derecho" a la Parte A y estar inscrito en la Parte B? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿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 ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible de medicamentos recetados asociado con el plan (si corresponde) y el monto? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le informó sobre las farmacias preferidas de la red? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que ha solicitado un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que para inscribirse debe tener la Parte A **o** la Parte B de Medicare? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas explicó la lista de medicamentos del plan (también conocido como formulario) y los niveles de los medicamentos? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas explicó la brecha en la cobertura, conocida también como "doughnut hole"? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Entiende que en la mayoría de los casos debe utilizar una farmacia de la red del plan de medicamentos? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas confirmó que sus medicamentos recetados están cubiertos por la lista de medicamentos del plan? |

## Para todos los planes

| | | |
|---|---|---|
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le proporcionó una explicación completa sobre los montos de las primas, los beneficios, los copagos y los cosaeguros? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le mostró el Resumen de beneficios y le entregó una copia? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le entregó su información de contacto (nombre, número de teléfono o tarjeta de negocios)? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿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 ☐ | No ☐ | ¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible médico asociado con el plan (si corresponde) y el monto? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿Comprende que debe utilizar los proveedores de salud que pertenecen a la red para obtener los beneficios, copagos y coaseguros de la red? |
| Sí ☐ | No ☐ | ¿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? (**Nota:** 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 ☐ | No ☐ | ¿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 ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |
| | Sí ☐ | No ☐ | | | | | | |

**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 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 federales. (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 licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.*

34349S 0719

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

Florida Blue
Su Blue Cross Blue Shield local

MEDICARE

# ¿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** y seguir estos pasos:

Haga clic en **Encontrar un proveedor** o **Encontrar una farmacia.**

Ingrese el nombre del **médico, hospital o farmacia** que está buscando

o ingrese el código postal, la distancia o el condado y seleccione el tipo de proveedor que está buscando.

Haga clic en **Buscar** y revise las opciones de nuestros proveedores de la red.

## 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 Publix Winn✓Dixie

## 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**.

**Haga clic** en *Obtener una respuesta* → **Seleccione** *Información y documentos sobre medicamentos recetados* → **Haga clic** en el Formulario completo 2022

*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.*

# 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**. 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 2023 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Florida Blue HMO - H1035

**En el 2023, Florida Blue HMO - H1035 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:**

**Calificación general por estrellas:** ★★★½☆

**Calificación de los Servicios de Salud:** ★★★½☆

**Calificación de los Servicios de Medicamentos:** ★★★½☆

FHCP Medicare
An Affiliate of Florida Blue

**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.

### ¿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).

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

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

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

# Notas

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.