



2026 Guía de Inscripción



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

FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) H1035-002
FHCP Medicare Classic (HMO) H1035-040

Bienvenido

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

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

Este folleto contiene:



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



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



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



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



Todos los formularios que necesita para inscribirse en su plan



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

Si tiene preguntas... estamos a su disposición.

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

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

Índice de contenido

Acerca de Medicare Advantage

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

Mis Beneficios

Un vistazo a los beneficios	6
Resumen de beneficios	13

Información de Inscripción

¿Está listo para inscribirse?	42
Formularios utilizados para la inscripción	43
Lista de verificación para antes de la inscripción	44
Formulario de inscripción individual	45
Autorización de la información médica protegida	61
Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas	65
Lista de verificación para la inscripción	73

¿Y después?

Cómo aprovechar al máximo el dinero	82
Lo que puede esperaren los primeros 90 días	84

¿Qué es Medicare Advantage?

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

MEDICARE ORIGINAL

Proporcionado por el Gobierno Federal



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



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

PLAN SUPLEMENTARIO A MEDICARE



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

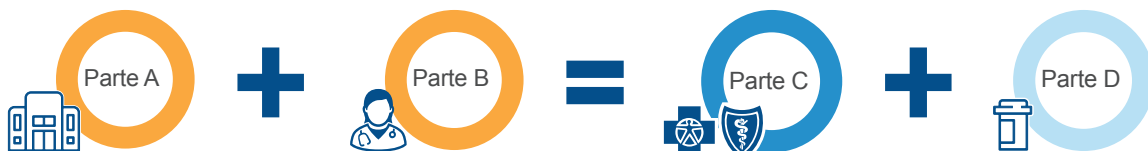
PLAN PARTE D DE MEDICARE



Cubre medicinas recetadas

PLAN MEDICARE ADVANTAGE

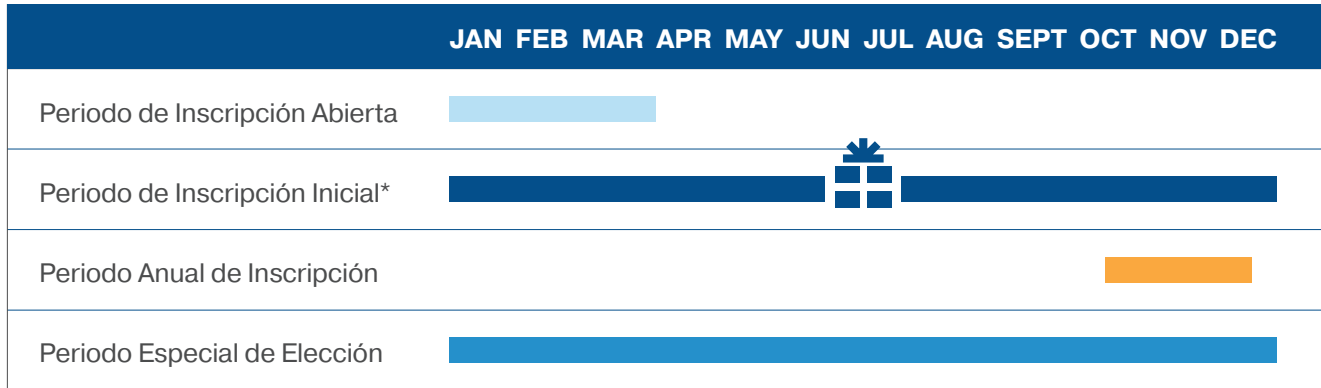
Ofrecido por compañías privadas de seguros



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

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

Información importante sobre la inscripción a Medicare



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

Periodo de Inscripción Abierta (OEP)

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

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

Periodo Anual de Inscripción (AEP)

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

Periodo de Inscripción Inicial

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

Periodo Especial de Elección (SEP)

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

Un vistazo a los beneficios

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

Para una lista completa de los servicios que cubrimos, puedes ver la Constancia de Cobertura de este plan en nuestro sitio de Internet. Si eres miembro, puedes ver la Constancia de Cobertura al iniciar sesión en tu portal de miembro.

Costos y detalles del plan

¿De cuánto es la prima mensual?	\$49 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
¿De cuánto es el deducible?	\$0 por servicios de atención médica
¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios médicos cubiertos?	\$6,750 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 \$40 de copago Especialista
Atención preventiva	\$0 de copago
Centro de hospitalización	Días 1 a 6: \$350 de copago por día. Después del día 6, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.
Servicios ambulatorios en el hospital	\$350 de copago
Cirugía ambulatoria	\$275 de copago en un centro de cirugía ambulatoria. \$350 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. \$40 de copago en un centro de atención de urgencia.
Sala de emergencia	\$130 de copago

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D¹

Deductible	\$615 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en los Niveles 4 y 5.
Máximo de Desembolso	\$2,100

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

Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago
Nivel 2 (Genéricos)	\$0 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$42 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Deducible y luego 25% de coseguro
Nivel 5 (Especialidad)	Deducible y luego 25% de coseguro
Nivel 6 (Vacunas)	\$0 de copago

¹No 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 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago
Nivel 2 (Genéricos)	\$0 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$123 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Deducible y luego 25% de coseguro

¹No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses ni pagará más de \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Beneficios adicionales

Servicios de la vista

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

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

Servicios de audición y audífonos

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

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

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

Programa de fitness preferido

Acceso gratuito a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare sin restricciones y sin límites de visitas.

No todos los beneficios están disponibles en todos los planes. FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato. Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es FHCP Medicare, un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura HMO. 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 utiliza. Para recibir información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluyendo si hay farmacias preferidas de costo más bajo en su área, llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) o consulte el directorio de farmacias por Internet en fhcpmedicare.com. Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación de discriminación y accesibilidad en floridablue.com/es/ndnotice, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística. O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

Un vistazo a los beneficios

FHCP Medicare Classic (HMO) H1035-040

Para una lista completa de los servicios que cubrimos, puedes ver la Constancia de Cobertura de este plan en nuestro sitio de Internet. Si eres miembro, puedes ver la Constancia de Cobertura al iniciar sesión en tu portal de miembro.

Costos y detalles del plan

¿De cuánto es la prima mensual?	\$0 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
¿De cuánto es el deducible?	\$0 por servicios de atención médica
¿Hay un límite en cuánto debo pagar por mis servicios médicos cubiertos?	\$9,250 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 \$50 de copago Especialista
Atención preventiva	\$0 de copago
Centro de hospitalización	Días 1 a 5: \$480 de copago por día. Después del día 5, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.
Servicios ambulatorios en el hospital	\$480 de copago
Cirugía ambulatoria	\$380 de copago en un centro de cirugía ambulatoria. \$480 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. \$40 de copago en un centro de atención de urgencia.
Sala de emergencia	\$115 de copago

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D¹

Deducible	\$615 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Se aplica solo a los medicamentos de la Parte D en los Niveles 4 y 5.
Máximo de Desembolso	\$2,100

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

Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago
Nivel 2 (Genéricos)	\$10 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$44 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Deducible y luego 25% de coseguro
Nivel 5 (Especialidad)	Deducible y luego 25% de coseguro
Nivel 6 (Vacunas)	\$0 de copago

¹No 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 (Genéricos preferidos)	\$0 de copago
Nivel 2 (Genéricos)	\$27 de copago
Nivel 3 (Marca preferida)	\$129 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Deducible y 25% de coseguro

¹No 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 un examen de la vista de rutina anual.
Subsidio de \$180 cada dos años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante.

Servicios de audición y audífonos

\$0 de copago por examen auditivo de rutina por año.
\$0 de copago por evaluación y ajuste de audífonos.
Subsidio máximo de \$300 por cada audífono. Hasta 2 audífonos por año. Para acceder al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.

Servicios dentales

\$0 de copago para los siguientes servicios:

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

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

Programa de fitness preferido

Acceso gratuito a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare sin restricciones y sin límites de visitas.

No todos los beneficios están disponibles en todos los planes. FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato. Florida Blue Medicare, Inc., cuyo nombre comercial es FHCP Medicare, un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece cobertura HMO. 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 utiliza. Para recibir información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluyendo si hay farmacias preferidas de costo más bajo en su área, llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) o consulte el directorio de farmacias por Internet en fhcpmedicare.com. Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación de discriminación y accesibilidad en floridablue.com/es/ndnotice, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística. O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

Resumen de beneficios de 2026

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

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

FHCP Medicare **Classic** (HMO) H1035-040

1/1/2026 – 12/31/2026



Nuestra área de servicio incluye:

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

Este es un resumen de lo que cubre nuestro plan y lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y exclusiones, puede consultar la “**Evidencia de cobertura**”. Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, llámenos y solicite la Lista de medicamentos cubiertos (“**Formulario**”). También puede consultar la “Evidencia de cobertura” y el “Formulario” para estos planes en nuestro sitio web, www.fhcpmedicare.com o puede llamarnos para obtener ayuda.

Si desea saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted 2026*. 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: Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

FHCP Medicare Classic (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, podría pagar más por estos servicios.

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

- Puede consultar los directorios de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de farmacias y proveedores.
 - Directorio de proveedores: <https://fhcpmedicare.com/providersearch>
 - Directorio de farmacias: <https://fhcpmedicare.com/pharmacysearch>
-

¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- Si es miembro de uno de estos planes, llámenos al 1-833-866-6559, TTY: 1-877-955-8773.

- **Si no es miembro de uno de estos planes, llámenos al 1-844-672-7324, TTY: 1-877-955-8773.**
 - Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad.
 - Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados principales.
- O visite nuestro sitio web en www.fhcpmedicare.com.

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. Consulte la “Evidencia de cobertura” para obtener más información sobre los servicios que requieren una derivación o autorización previa del plan.

Prima mensual, deducible y límites

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Prima mensual del plan	<ul style="list-style-type: none"> • \$49.00 <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible anual	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por año para los servicios médicos. • \$615 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Solo aplica a los Niveles 4 y 5. • No hay deducible para insulinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por año para los servicios médicos. • \$615 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. Solo aplica a los Niveles 4 y 5. • No hay deducible para insulinas.

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Responsabilidad de desembolso directo máximo (MOOP) (no incluye medicamentos recetados)	<ul style="list-style-type: none"> • \$6,750 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • Una vez que alcance el desembolso directo máximo (MOOP), nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. • Los costos de las primas y los medicamentos recetados no cuentan para su MOOP. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$9,250 • Esto es lo máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • Una vez que alcance el desembolso directo máximo (MOOP), nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. • Los costos de las primas y los medicamentos recetados no cuentan para su MOOP.

Beneficios médicos y hospitalarios

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados *◇ (Cubre un número ilimitado de días de estadía para pacientes hospitalizados)	<ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día del día 1 al 6 • \$0 de copago por día del día 7 al 90 	<ul style="list-style-type: none"> • \$480 de copago por día del día 1 al 5 • \$0 de copago por día del día 6 al 90
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios *◇	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare: \$350 de copago por visita 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare: \$480 de copago por visita

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia
	H1035-002	H1035-040
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de observación: \$350 de copago por estadía 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de observación: \$480 de copago por estadía
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) *◇	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos: \$275 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos: \$380 de copago
Visitas al médico	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Especialistas *◇: <ul style="list-style-type: none"> ◦ \$8 de copago por cada visita al fisiatra ◦ \$40 de copago por todas las otras visitas a especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Especialistas *◇: <ul style="list-style-type: none"> ◦ \$5 de copago por cada visita al fisiatra ◦ \$50 de copago por todas las otras visitas a especialistas
Atención preventiva (Servicios cubiertos por Medicare)	\$0 de copago <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Densitometría ósea • Detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Exámenes de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pruebas de biomarcadores en sangre ◦ Colonoscopias ◦ Colonografía por tomografía computarizada (CT) 	\$0 de copago <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Densitometría ósea • Detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Exámenes de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pruebas de biomarcadores en sangre ◦ Colonoscopias ◦ Colonografía por tomografía computarizada (CT)

<p style="text-align: center;">FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</p> <p style="text-align: center;">H1035-002</p>	<p style="text-align: center;">FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia</p> <p style="text-align: center;">H1035-040</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas de sangre oculta en heces ○ Sigmoidoscopias flexibles ○ Pruebas de ADN en heces de múltiples cadenas • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco • Exámenes de detección de la depresión • Examen de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Exámenes de detección del glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Pruebas de detección de la hepatitis C • Exámenes de detección de VIH • Exámenes de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (examen de detección) • Servicios de terapia nutricional médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Visita preventiva de bienvenida a Medicare por única vez 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas de sangre oculta en heces ○ Sigmoidoscopias flexibles ○ Pruebas de ADN en heces de múltiples cadenas • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco • Exámenes de detección de la depresión • Examen de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Exámenes de detección del glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Pruebas de detección de la hepatitis C • Exámenes de detección de VIH • Exámenes de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (examen de detección) • Servicios de terapia nutricional médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Visita preventiva de bienvenida a Medicare por única vez

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia
	H1035-002	H1035-040
	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vacunas contra la COVID-19 ◦ Vacunas contra la gripe ◦ Vacunas contra la hepatitis B ◦ Vacunas antineumocócicas • Consulta anual de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vacunas contra la COVID-19 ◦ Vacunas contra la gripe ◦ Vacunas contra la hepatitis B ◦ Vacunas antineumocócicas • Consulta anual de bienestar
Atención de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 de copago por visita • No se aplica un copago si se le admite en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia por la misma afección. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$115 de copago por visita • No se aplica un copago si se le admite en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia por la misma afección.
Atención de emergencia a nivel mundial	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$115 de copago

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. Se exime el copago si se le ingresa en el hospital. • No se cubre la atención fuera de la sala de emergencias ni la admisión en un hospital de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. Se exime el copago si se le ingresa en el hospital. • No se cubre la atención fuera de la sala de emergencias ni la admisión en un hospital de emergencia.
Servicios de urgencia necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de atención de urgencias: \$40 de copago • Centros de atención de horario extendido de FHCP: \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de atención de urgencias: \$40 de copago • Centros de atención de horario extendido de FHCP: \$0 de copago
Atención de urgencia en todo el mundo	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. <u>No</u> se exime el copago si se le ingresa en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago • Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. <u>No</u> se exime el copago si se le ingresa en el hospital.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes*◇		
Servicios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago
Radiografías	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 a \$50 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 a \$50 de copago
Servicios radiológicos de diagnóstico (MRI, MRA, PET, CT, CTA, medicina nuclear)	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 a \$275 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 a \$380 de copago

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 a \$350 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 - \$480 de copago
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro
Servicios de la audición		
Cubierto por Medicare *	<ul style="list-style-type: none"> • \$45 de copago (exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio) 	<ul style="list-style-type: none"> • \$45 de copago (exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio)
Servicios de la audición adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina: \$0 de copago • Evaluación y ajuste: \$0 de copago • Audífonos: \$300 por oído. Usted paga \$0 de copago para 2 audífonos como máximo por año, con un máximo beneficio de asignación de \$300 por oído • NOTA: Debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante. • El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina: \$0 de copago • Evaluación y ajuste: \$0 de copago • Audífonos: \$300 por oído. Usted paga \$0 de copago para 2 audífonos como máximo por año, con un máximo beneficio de asignación de \$300 por oído • NOTA: Debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante. • El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el subsidio de beneficios.
Servicios dentales		
Cubierto por Medicare *◇	<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea de rutina: \$40 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención que no sea de rutina: \$50 de copago

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Servicios dentales adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes de rutina, limpiezas y radiografías por año calendario • Atención integral: \$0 de copago por servicio. Los servicios dentales integrales incluyen un ajuste de la dentadura postiza y una extracción por año calendario. • <i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener detalles completos, incluidos los límites de frecuencia y la información de la red de proveedores.</i>
Servicios de la vista Cubierto por Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de optometrista: \$15 de copago • Servicios oftalmológicos*: \$40 de copago • Exámenes de detección de glaucoma: \$0 de copago • Examen de la retina para diabéticos: \$0 de copago • Gafas o lentes de contacto: \$0 de copago. Un par después de una cirugía de cataratas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de optometrista: \$0 de copago • Servicios oftalmológicos*: \$50 de copago • Exámenes de detección de glaucoma: \$0 de copago • Examen de la retina para diabéticos: \$0 de copago • Gafas o lentes de contacto: \$0 de copago. Un par después de una cirugía de cataratas.
Servicios de la vista adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina: \$15 de copago • Anteojos (lentes y marcos): El plan paga hasta \$90 cada 2 años de un optometrista participante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina: \$0 de copago • Anteojos (lentes y marcos): El plan paga hasta \$180 cada 2 años de un optometrista participante.

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia
	H1035-002	H1035-040
Servicios de salud mental		
Hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados *◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día del día 1 al 6 • \$0 de copago por día del día 7 al 90 • Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$480 de copago por día del día 1 al 4 • \$0 de copago por día del día 5 al 90 • Un máximo de 90 días por estadía con un máximo de por vida de 190 días.
Terapia de salud mental para pacientes ambulatorios *	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales: \$40 de copago • Sesiones grupales: \$40 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales: \$50 de copago • Sesiones grupales: \$50 de copago
Centro de enfermería especializada (SNF) *◇ (Cubre un máximo de 100 días por período de beneficios)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20 • \$218 de copago por día del día 21 al 100 • No es necesaria una hospitalización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20 • \$218 de copago por día del día 21 al 100 • No es necesaria una hospitalización previa.
Fisioterapia *	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago
Terapia del habla *	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago
Terapia ocupacional *	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago
Terapia de linfedema *◇	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por terapia de linfedema en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por terapia de linfedema en el hogar
Ambulancia ◇ (viaje de ida)	<ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: \$175 de copago • Aérea: 20% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Terrestre: \$265 de copago • Aérea: 20% de coseguro
Transporte de emergencia en todo el mundo	<ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago • Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. <u>No</u> se exime el copago si se le ingresa en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$265 de copago • Los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y los servicios de transporte de emergencia en todo el mundo tienen restricciones respecto de la cobertura de \$25,000. <u>No</u> se exime el copago si se le ingresa en el hospital.

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: Hasta el 20% de coseguro • Medicamentos de infusión: Hasta el 20% de coseguro • Materiales de contraste: Hasta el 20% de coseguro • Otros medicamentos de la Parte B: Hasta el 20% de coseguro • Insulina de la Parte B: Hasta \$35 por mes 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: Hasta el 20% de coseguro • Medicamentos de infusión: Hasta el 20% de coseguro • Materiales de contraste: Hasta el 20% de coseguro • Otros medicamentos de la Parte B: Hasta el 20% de coseguro • Insulina de la Parte B: Hasta \$35 por mes

Beneficios complementarios opcionales

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Prima y otra información importante El beneficio de Punto de servicio (Point of Service, POS) opcional es de “acceso abierto”, lo que significa que no necesita una derivación si necesita un tratamiento especializado. El beneficio de POS opcional está limitado a los proveedores o establecimientos participantes de HMO contratados Y a los establecimientos y proveedores participantes de Medicare fuera de la red de FHCP Medicare.	Beneficio de Punto de servicio opcional \$119 (\$70 de prima mensual más \$49.00 de prima mensual del plan) además de su prima mensual de la Parte B de Medicare.	Sin cobertura
Responsabilidad de gastos máximos de desembolso (fuera de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • \$8,000 anualmente • Esto es lo máximo que paga por los servicios cubiertos por Medicare de proveedores fuera de la red durante el año. 	Sin cobertura
Atención para pacientes hospitalizados ◇ (fuera de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago (días 1 a 6) • \$0 de copago (días 7 a 999) 	Sin cobertura
(Cubre un número ilimitado de días de estadía para pacientes hospitalizados)		
Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados ◇ (fuera de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago (días 1 a 6) • \$0 de copago (días 7 a 90) 	Sin cobertura

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Centro de enfermería especializada ◇ (fuera de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 (días 1 a 20) • \$218 (días 21 a 100) 	Sin cobertura
<hr/> Grupo 1: 20% de coseguro (fuera de la red)		
Las categorías de servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicios de salud en el hogar ■ Pruebas de Diagnóstico, Suministros y Servicios Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios ■ Servicios ambulatorios en el hospital, incluidos los servicios de observación y cirugía ◇ ■ Centro quirúrgico ambulatorio ◇ ■ Equipo médico duradero ■ Suministros protésicos/médicos ■ Suministros/servicios para la diabetes ■ Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇ ■ Servicios Preventivos 	20% del coseguro	Sin cobertura
<p style="text-align: center;">NOTA: El coseguro se basa en el programa de tarifas de Medicare vigente en el momento del servicio.</p>		
<hr/> Grupo 2: \$50 de copago (fuera de la red)		
Las categorías de servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ■ Médico de atención primaria o especialista 	\$50 de copago	Sin cobertura

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

H1035-002

**FHCP Medicare Classic (HMO)
Condados de Brevard, Flagler,
Seminole, St. Johns y Volusia**

H1035-040

- Rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia cardíaca, servicios cardíacos intensivos, pulmonar, ocupacional, física, de patologías del habla y el lenguaje y de ejercicio supervisado)
- Podiatría
- Quiropráctico
- Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios y servicios psiquiátricos
- Servicios para tratamiento con opioides y trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios dentales integrales

Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Etapa de deducible	<ul style="list-style-type: none"> • La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$615 que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 y 5. • Usted debe pagar el costo completo de sus medicamentos de los Niveles 4 y 5 hasta alcanzar el monto del deducible del plan. • El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. • Una vez que haya pagado los \$615 que se aplican a sus medicamentos de los Niveles 4 y 5, saldrá de la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$615 que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 y 5. • Usted debe pagar el costo completo de sus medicamentos de los Niveles 4 y 5 hasta alcanzar el monto del deducible del plan. • El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las vacunas de viaje. Para todos los otros medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. • Una vez que haya pagado los \$615 que se aplican a sus medicamentos de los Niveles 4 y 5, saldrá de la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia
	H1035-002	H1035-040
Etapas de cobertura inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. • En esta etapa, pagará los copagos o el coseguro de su plan. El plan paga el resto. Una vez que haya pagado un total combinado de \$2,100, que incluye el monto que pagó para su deducible, pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Debe obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de pedido por correo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted comienza en esta etapa después de alcanzar su deducible (si corresponde). Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. • En esta etapa, pagará los copagos o el coseguro de su plan. El plan paga el resto. Una vez que haya pagado un total combinado de \$2,100, que incluye el monto que pagó para su deducible, pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Debe obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de pedido por correo.
Cobertura de medicamentos por nivel	Venta al por menor preferida (suministro de 31 días)	Venta al por menor preferida (suministro de 31 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 - Genéricos	\$0 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$42 de copago	\$44 de copago
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 - Medicamentos especializados	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 - Vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia
	H1035-002	H1035-040
Cobertura de medicamentos por nivel	Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)	Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$17 de copago	\$17 de copago
Nivel 2 - Genéricos	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 - Medicamentos especializados	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 - Vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de medicamentos por nivel	Pedido por correo (suministro de 93 días)	Pedido por correo (suministro de 93 días)
Nivel 1 - Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 - Genéricos	\$0 de copago	\$27 de copago
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$123 de copago	\$129 de copago
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 - Medicamentos especializados	No es aplicable	No es aplicable
Nivel 6 - Vacunas	No es aplicable	No es aplicable

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

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

H1035-002

**Etapas de cobertura para eventos
médicos catastróficos**

- Ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de desembolso directo llegan al límite de **\$2,100** para el año calendario. Durante la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

**FHCP Medicare Classic (HMO)
Brevard, Flagler, Seminole, St.
Johns y Volusia**

H1035-040

- Ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de desembolso directo llegan al límite de **\$2,100** para el año calendario. Durante la Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

H1035-002

**FHCP Medicare Classic (HMO)
Brevard, Flagler, Seminole, St.
Johns y Volusia**

H1035-040

**Información adicional sobre la
cobertura de medicamentos**

- Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, consulte el “**Formulario**” del plan y para obtener información sobre el costo de los medicamentos, consulte la “**Evidencia de cobertura**” del plan. Estos documentos se encuentran en nuestro sitio web, (www.fhcpmedicare.com) o puede llamarnos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**.
 - Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 93 días) de un medicamento.
 - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Las vacunas sin costo se enumeran en el formulario de FHCP Medicare en el Nivel 6.
- Para obtener una lista completa de los medicamentos que cubrimos, consulte el “**Formulario**” del plan y para obtener información sobre el costo de los medicamentos, consulte la “**Evidencia de cobertura**” del plan. Estos documentos se encuentran en nuestro sitio web, (www.fhcpmedicare.com) o puede llamarnos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, usted pagará el costo compartido del **Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)**.
 - Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 93 días) de un medicamento.
 - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Las vacunas sin costo se enumeran en el formulario de FHCP Medicare en el Nivel 6.

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

H1035-002

- El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago para ayudar a los beneficiarios de Medicare a distribuir los gastos de desembolso directo de sus medicamentos durante el año calendario (de enero a diciembre). La participación es voluntaria y la inscripción no tiene costo. Puede inscribirse en el plan de pago llamando al 1-844-368-8729. El horario de atención es de 5:00 a. m. a 10:00 p. m., hora del centro, los 7 días de la semana.
- Para obtener más información sobre el plan de pago, llame al 1-844-368-8729 o visite nuestro sitio web en <https://www.fhcpmedicare.com/medicare/resources-and-tools/additional-plan-information/medicare-prescription-payment-plan/>.

**FHCP Medicare Classic (HMO)
Brevard, Flagler, Seminole, St.
Johns y Volusia**

H1035-040

- El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago para ayudar a los beneficiarios de Medicare a distribuir los gastos de desembolso directo de sus medicamentos durante el año calendario (de enero a diciembre). La participación es voluntaria y la inscripción no tiene costo. Puede inscribirse en el plan de pago llamando al 1-844-368-8729. El horario de atención es de 5:00 a. m. a 10:00 p. m., hora del centro, los 7 días de la semana.
- Para obtener más información sobre el plan de pago, llame al 1-844-368-8729 o visite nuestro sitio web en <https://www.fhcpmedicare.com/medicare/resources-and-tools/additional-plan-information/medicare-prescription-payment-plan/>.

Beneficios médicos adicionales

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia
	H1035-002	H1035-040
Suministros para el control de la diabetes ◇	<ul style="list-style-type: none"> • 50 tiras reactivas/sensores: 20% del costo total • Lancetas: 20% del costo total • Glucómetro: 0% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 tiras reactivas/sensores: 20% del costo total • Lancetas: 20% del costo total • Glucómetro: 0% del costo total
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • \$30 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50 de copago
Quiropráctico (manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones)	<ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • \$15 de copago
Equipo médico duradero (DME) y suministros ◇	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% del costo
Telesalud		
Proveedor contratado	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina general: \$10 de copago • Servicios de salud mental/Salud del comportamiento: \$30 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina general: \$10 de copago • Servicios de salud mental/Salud del comportamiento: \$30 de copago
Proveedor del personal de FHCP	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Especialista: \$0 de copago • Servicios psiquiátricos y de salud mental para pacientes ambulatorios (solo para sesiones individuales): \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria: \$0 de copago • Especialista: \$0 de copago • Servicios psiquiátricos y de salud mental para pacientes ambulatorios (solo para sesiones individuales): \$0 de copago

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios del Programa del tratamiento con opioides: \$0 de copago • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (sesiones individuales únicamente): \$0 de copago • Servicios de dietistas y capacitación para el automanejo de la diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare, solo con cita): \$0 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios del Programa del tratamiento con opioides: \$0 de copago • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (sesiones individuales únicamente): \$0 de copago • Servicios de dietistas y capacitación para el automanejo de la diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare, solo con cita): \$0 de copago

Beneficios adicionales

	FHCP Medicare Rx Plus (HMO-POS) Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-002	FHCP Medicare Classic (HMO) Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia H1035-040
Programa de acondicionamiento físico preferido	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso gratuito a gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes en el área de servicio de FHCP Medicare sin restricciones ni límites de visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso gratuito a gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes en el área de servicio de FHCP Medicare sin restricciones ni límites de visitas

Descargos de Responsabilidad

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

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

La red de farmacias de FHCP Medicare incluye un número restringido de farmacias preferidas de menor costo en los condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia, Florida. Es posible que los costos bajos que se ofrecen en estas farmacias y que se promocionaron en los materiales de nuestro plan no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) o consulte el directorio de farmacias en línea en <http://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.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (conforme al alcance de la discriminación sexual descrito en el título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos:

- Modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos adecuados a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Servicios de asistencia lingüística gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con:

- Florida Health Care Plans (grupal e individual): 1-877-615-4022
- FHCP Medicare: 1-833-866-6559

Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o que hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Florida Health Care Plans (grupal y miembros individuales):

Florida Health Care Plans
Civil Rights Coordinator
PO Box 9910
Daytona Beach, FL 32120-0910
Teléfono: 1-844-219-6137
TTY: 1-877-955-8773
Fax: 386-676-7149
Correo electrónico: rights@fhcp.com

Miembros de FHCP Medicare:

FHCP Medicare:
Civil Rights Coordinator
PO Box 9910
Daytona Beach, FL 32120-0910
Teléfono: 1-844-219-6137
TTY: 1-877-955-8773
Fax: 386-676-7149
Correo electrónico: rights@fhcp.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles; electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
11718 0725

Se encuentran a su disposición los servicios gratuitos de idiomas, de ayuda auxiliar y de formato alternativo. Llame al número 1-877-615-4022, a Medicare al 1-833-866-6559, (TTY 711).

Có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, thiết bị hỗ trợ và các định dạng thay thế. Vui lòng gọi 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòm ki disponib gratis. Rele nan 1-877-615-4022, oswa rele Medicare nan 1-833-866-6559 (TTY 711).

Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de tradução, assistência e formatos alternativos. Ligue para 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (TTY 711).

免費語言服務、輔助援助及替代格式服務均已開放。歡迎致電以下號碼 普通諮詢1-877-615-4022 醫療保險 (Medicare)1-833-866-6559 聽障專線(TTY)711。

Des services linguistiques, d'aide auxiliaire et de supports alternatifs vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-615-4022, le Medicare au 1-833-866-6559 (ATS 711).

May makukuhang mga libreng serbisyo sa wika, karagdagang tulong at mga alternatibong anyo. Tumawag sa 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

Предоставляются бесплатные языковые услуги, вспомогательные материалы и услуги в альтернативных форматах. Звоните 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (номер для текст-телефонных устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على
1-877-615-4022 Medicare: 1-833-866-6559 (TTY: 711) للإعاقه السمعية برنامج

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-877-615-4022, Medicare: 1-833-866-6559, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-877-615-4022, 메디케어 1-833-866-6559, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.
1-877-615-4022, Medicare 1-833-866-6559, (TTY 711) પર કોલ કરો.

มีบริการภาษา ความช่วยเหลือเพิ่มเติม และบริการในรูปแบบอื่น ๆ ฟรี โทร 1-877-615-4022, Medicare
1-833-866-6559 (TTY 711)

無料の言語サービス、補助サービス、代替フォーマットサービスをご利用いただけます。
1-877-615-4022、メディケア 1-833-866-6559 (TTY 711) までお電話ください。

T'áá free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, alk'ida'ánígíí, dóó t'áá ajilii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí
holne'. 1-877-615-4022 bich'í' náhodoonih, Medicare bich'í' 1-833-866-6559 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).

Formularios de Inscripción



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

¿Está listo para inscribirse?

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

Elija la forma de inscribirse que más le convenga.



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



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



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

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

Consejos útiles para cuando llene su formulario de inscripción.

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

Formularios utilizados para la inscripción

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Formulario de inscripción individual

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

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

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

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

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

Lista de verificación para la inscripción

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

Lista de verificación para antes de la inscripción

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

Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.fhcpmedicare.com o llame al 1-844-672-7324 (TTY: 1-877-955-8773) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a sus médicos) para asegurarse de que los médicos que usted consulta ahora se encuentran en la red. Si no están en la lista, es probable que deba seleccionar nuevos médicos.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para los medicamentos recetados esté en la red. Si su farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para que le proporcione sus medicamentos.
- Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprenda las reglas 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 o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- No cubrimos los servicios prestados por proveedores que se encuentran fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores), a menos que sea en situaciones de emergencia o urgencia.

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo se usa este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite Medicare.gov.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Debe completar todos los puntos, a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar la cobertura por no incluir información marcada como opcional.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en 0938-1378 de la OMB) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducciones de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

FHCP Medicare
P.O. Box 45296
Jacksonville, FL 32232-5296

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-877-955-8773.

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

En español: Llame a FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160/TTY: 1-877-955-8773 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Un plan de salud de Medicare Advantage

Formulario de inscripción individual

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

- FHCP Medicare Classic** \$0 por mes
 FHCP Medicare Rx Plus \$49 por mes
 FHCP Medicare Rx Plus POS \$119 por mes

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

Fecha de nacimiento: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Número de teléfono del hogar: ()	Número de teléfono móvil: ()
--	--	--------------------------------------	----------------------------------

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal) (Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

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

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

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

Al proporcionar la información anterior, usted confirma que es el suscriptor o usuario autorizado de los números de teléfono proporcionados y acepta recibir llamadas y mensajes de texto en esos números y en nombre de Florida Blue Medicare, Inc., DBA FHCP Medicare, y sus afiliadas, lo que incluye llamadas y mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática, mensajes de voz pregrabados o artificiales, o ambos, y sin tener en cuenta las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Los tipos de llamadas y mensajes de texto que usted acepta recibir incluyen mensajes sobre su plan y beneficios, mensajes sobre el servicio de sus cuentas, mensajes relacionados con la atención médica y mensajes informativos que no serán para fines de comercialización. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento. La frecuencia de los mensajes variará según la ocasión. Este servicio es compatible con las principales compañías de servicios de telefonía móvil.

Proporcione su información del seguro de Medicare:

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

Número de Medicare:	Fecha de vigencia de la Parte A: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]	Fecha de vigencia de la Parte B: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]
---------------------	--	--

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

Idioma: Español

Formato accesible (seleccione uno): Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160 si necesita información en un formato accesible o idioma distintos de las opciones que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773.

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

1. ¿Usted tiene otra cobertura de **medicamentos** recetados (como VA, TRICARE) además de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de ID de esta cobertura: _____

N.º de grupo de esta cobertura: _____

2. ¿Reside usted en un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada? Sí No

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección (calle y número): _____

3. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

Número de Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

5. Escoja el nombre de un médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), de una clínica o de un centro de salud: _____

Pagos de la prima de su plan:

- **Para miembros que se inscriban en FHCP Medicare Classic**, si determinamos que usted está sujeto a una multa por inscripción tardía (o que ya ha sido notificado de una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere pagarla.
- **Para miembros que se inscriban en FHCP Medicare Rx Plus o FHCP Medicare Rx Plus POS**, puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) por correo, por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o con tarjeta de crédito cada mes. Debemos saber cómo prefiere pagarla.

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

- Recibir una factura.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. (FHCP Medicare le enviará una carta con más instrucciones para configurar esta opción).
- Tarjeta de crédito (FHCP Medicare le enviará una carta con más instrucciones para configurar esta opción).
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o es posible que reciba una factura de Medicare (o la RRB). **NO** pague el IRMAA de la Parte D a FHCP Medicare.

Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

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

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

- Tengo Medicare por primera vez.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Open Enrollment Period, OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de cobertura de mi plan actual o me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha):
- Hace poco salí de prisión. Salí el (escriba la fecha):
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Volví el (escriba la fecha):
- Recientemente se me otorgó la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional), el (escriba la fecha):
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a un establecimiento de cuidados a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej.: un centro de enfermería especializada o de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al establecimiento o dejé/dejaré de vivir allí el (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa de Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Esto ocurrió el (escriba la fecha):
- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha):
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha):
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha):
- 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):
- 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 corresponde a su caso o si tiene dudas, comuníquese con FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

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

- Debo conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS.

- Entiendo que mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Según mi leal saber, la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS. Ni Medicare ni FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Llame a FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160. Si me mudo fuera del área de servicio de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área.
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS 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 Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS compartirán mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la obtención de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- 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:

| |

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

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Solo para aquellos que hayan ayudado al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente, un corredor, un asesores de SHIP, un familiar u otro tercero) que ayudó al inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ **Relación con el inscrito:** _____

Firma: _____

Número de productor nacional (solo agentes/intermediarios): _____

- Puede retirarse del programa en cualquier momento. Si se retira, igualmente deberá pagar cualquier saldo restante.
- Es importante que pague su factura mensualmente. Su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare finalizará si no paga el monto mensual facturado antes del final del período de gracia.
- Si se cancela su inscripción de manera voluntaria o involuntaria en nuestro plan de la Parte D, también finalizará su inscripción en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si se inscribe en un plan diferente, puede inscribirse en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en virtud de su nuevo plan.
- No podemos exigirle que responda preguntas ni proporcione documentación que demuestre su capacidad para pagar el saldo de su plan de pago de medicamentos recetados de Medicare como condición para participar en dicho plan. Tampoco podemos obtener una copia de su informe crediticio de una agencia de informes del consumidor.
- Los procedimientos de apelaciones y quejas en virtud de la Parte D se aplicarán al plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y se encuentran en la Evidencia de Cobertura.
- Para obtener información adicional sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese llamando al 1-844-368-8729.

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

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo se usa este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite Medicare.gov.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Debe completar todos los puntos, a menos que se indiquen como opcionales. No se le puede negar la cobertura por no incluir información marcada como opcional.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducciones de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

FHCP Medicare
P.O. Box 45296
Jacksonville, FL 32232-5296

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) pueden llamar al 1-877-955-8773.

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

En español: Llame a FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160/TTY: 1-877-955-8773 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en 0938-1378 de la OMB) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Un plan de salud de Medicare Advantage

Formulario de inscripción individual

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

- FHCP Medicare Classic** \$0 por mes
 FHCP Medicare Rx Plus \$49 por mes
 FHCP Medicare Rx Plus POS \$119 por mes

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

Fecha de nacimiento: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Número de teléfono del hogar: ()	Número de teléfono móvil: ()
--	--	--------------------------------------	----------------------------------

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal) (Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

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

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

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

Al proporcionar la información anterior, usted confirma que es el suscriptor o usuario autorizado de los números de teléfono proporcionados y acepta recibir llamadas y mensajes de texto en esos números y en nombre de Florida Blue Medicare, Inc., DBA FHCP Medicare, y sus afiliadas, lo que incluye llamadas y mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática, mensajes de voz pregrabados o artificiales, o ambos, y sin tener en cuenta las limitaciones estatales o federales sobre la frecuencia de llamadas o mensajes. Los tipos de llamadas y mensajes de texto que usted acepta recibir incluyen mensajes sobre su plan y beneficios, mensajes sobre el servicio de sus cuentas, mensajes relacionados con la atención médica y mensajes informativos que no serán para fines de comercialización. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento. La frecuencia de los mensajes variará según la ocasión. Este servicio es compatible con las principales compañías de servicios de telefonía móvil.

Proporcione su información del seguro de Medicare:

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

Número de Medicare:	Fecha de vigencia de la Parte A: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]	Fecha de vigencia de la Parte B: [M][M] [D][D] [Y][Y][Y][Y]
---------------------	--	--

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

Idioma: Español

Formato accesible (seleccione uno): Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160 si necesita información en un formato accesible o idioma distintos de las opciones que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773.

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

1. ¿Usted tiene otra cobertura de **medicamentos** recetados (como VA, TRICARE) además de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de ID de esta cobertura: _____

N.º de grupo de esta cobertura: _____

2. ¿Reside usted en un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada? Sí No

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección (calle y número): _____

3. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

Número de Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

5. Escoja el nombre de un médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), de una clínica o de un centro de salud: _____

Pagos de la prima de su plan:

- **Para miembros que se inscriban en FHCP Medicare Classic**, si determinamos que usted está sujeto a una multa por inscripción tardía (o que ya ha sido notificado de una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere pagarla.
- **Para miembros que se inscriban en FHCP Medicare Rx Plus o FHCP Medicare Rx Plus POS**, puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) por correo, por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o con tarjeta de crédito cada mes. Debemos saber cómo prefiere pagarla.

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

Recibir una factura.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. (FHCP Medicare le enviará una carta con más instrucciones para configurar esta opción).

Tarjeta de crédito (FHCP Medicare le enviará una carta con más instrucciones para configurar esta opción).

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o es posible que reciba una factura de Medicare (o la RRB). **NO** pague el IRMAA de la Parte D a FHCP Medicare.

Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

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

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

- Tengo Medicare por primera vez.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Open Enrollment Period, OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de cobertura de mi plan actual o me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha):
- Hace poco salí de prisión. Salí el (escriba la fecha):
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Volví el (escriba la fecha):
- Recientemente se me otorgó la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha):
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional), el (escriba la fecha):
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a un establecimiento de cuidados a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej.: un centro de enfermería especializada o de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al establecimiento o dejé/dejaré de vivir allí el (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa de Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Esto ocurrió el (escriba la fecha):
- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha):
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha):
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha):
- 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):
- 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 corresponde a su caso o si tiene dudas, comuníquese con FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.

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

- Debo conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS.

- Entiendo que mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Según mi leal saber, la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS. Ni Medicare ni FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Llame a FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS al 1-800-352-9824, ext. 7160. Si me mudo fuera del área de servicio de FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS, tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área.
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS 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 Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS compartirán mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la obtención de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- 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:

| |

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

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Solo para aquellos que hayan ayudado al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente, un corredor, un asesores de SHIP, un familiar u otro tercero) que ayudó al inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ **Relación con el inscrito:** _____

Firma: _____

Número de productor nacional (solo agentes/intermediarios): _____

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. La sección 1851 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal 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.

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:

Participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (completar esta sección es opcional)

- Sí, me gustaría participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Entiendo que esta sección es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS se comunicarán conmigo si necesitan más información.
 - Entiendo que mi firma a continuación significa que he leído y comprendo esta sección, y los "Términos y condiciones" a continuación.
 - FHCP Medicare Classic, FHCP Medicare Rx Plus, o FHCP Medicare Rx Plus POS me enviarán un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante de dicho plan.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: () -

Relación con el inscrito:

Términos y condiciones

- La inscripción en el programa es gratuita y no se cobran cargos ni intereses en virtud de este. El programa no reduce el monto de los costos compartidos que debe por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si califica para el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) y se inscribe para recibirlo, obtendrá más ventajas que con su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

- Puede retirarse del programa en cualquier momento. Si se retira, igualmente deberá pagar cualquier saldo restante.
- Es importante que pague su factura mensualmente. Su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare finalizará si no paga el monto mensual facturado antes del final del período de gracia.
- Si se cancela su inscripción de manera voluntaria o involuntaria en nuestro plan de la Parte D, también finalizará su inscripción en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si se inscribe en un plan diferente, puede inscribirse en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en virtud de su nuevo plan.
- No podemos exigirle que responda preguntas ni proporcione documentación que demuestre su capacidad para pagar el saldo de su plan de pago de medicamentos recetados de Medicare como condición para participar en dicho plan. Tampoco podemos obtener una copia de su informe crediticio de una agencia de informes del consumidor.
- Los procedimientos de apelaciones y quejas en virtud de la Parte D se aplicarán al plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y se encuentran en la Evidencia de Cobertura.
- Para obtener información adicional sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese llamando al 1-844-368-8729.

<p>Para uso interno:</p> <p>Nombre del miembro del equipo/agente/intermediario (si ayudó durante la inscripción): <<AgentName>></p> <p>N.º de identificación del plan: _____</p> <p>Fecha de vigencia de la cobertura: _____</p> <p>ICEP/IEP: _____</p> <p>AEP: _____</p> <p>SEP (tipo): _____</p> <p>No es elegible: _____</p> <p>N.º de identificación de proveedor del PCP: _____</p>	<p>Nombre de la entidad: _____</p> <p>Número de identificación de 5 dígitos de la entidad (si se conoce): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Fecha de recepción por parte del agente: _____</p> <p>N.º de identificación del agente de FHCP Medicare: <<AgentID>></p> <p>Número de licencia estatal del agente: _____</p> <p>Número de confirmación del agente: _____</p>
---	---

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

Propósito

Soy el miembro que aparece en la Sección I.

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

Llene este formulario por completo y devuélvalo a:

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

Sección I

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

Nombre del cliente: _____

Número de Miembro: _____

Número de grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección II

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

- Información de carácter personal (p. ej., nombre, dirección, edad, sexo);
- Información sobre la cobertura de atención médica (p. ej., sobre los beneficios generales y específicos del plan);
- Información de reclamaciones pasadas, presentes y futuras (excepto por cualquier período durante el cual estaba vigente una dirección de comunicación confidencial¹); y
- Información de coordinación de beneficio.

Sección III

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

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

Use letra de imprenta (molde):

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Sección IV

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

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

(continuación)

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

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

Sección V

Esta autorización vencerá el:

_____/_____/_____
Mes Día Año

0

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

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

Sección VI

Copia de Autorización

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

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 licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

Sección VII

Derecho a revocar la autorización

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

Sección VIII

Firma

Firma del Miembro:

Fecha: _____

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

Nombre del Representante Legal²:

Fecha de la Firma: _____

Relación con el miembro:

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

Propósito

Soy el miembro que aparece en la Sección I.

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

Llene este formulario por completo y devuélvalo a:

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

Sección I

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

Nombre del cliente: _____

Número de Miembro: _____

Número de grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección II

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

- Información de carácter personal (p. ej., nombre, dirección, edad, sexo);
- Información sobre la cobertura de atención médica (p. ej., sobre los beneficios generales y específicos del plan);
- Información de reclamaciones pasadas, presentes y futuras (excepto por cualquier período durante el cual estaba vigente una dirección de comunicación confidencial¹); y
- Información de coordinación de beneficio.

Sección III

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

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

Use letra de imprenta (molde):

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Sección IV

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

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

(continuación)

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

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

Sección V

Esta autorización vencerá el:

_____/_____/_____
Mes Día Año

0

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

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

Sección VI

Copia de Autorización

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

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 licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

Sección VII

Derecho a revocar la autorización

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

Sección VIII

Firma

Firma del Miembro:

Fecha: _____

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

Nombre del Representante Legal²:

Fecha de la Firma: _____

Relación con el miembro:

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas



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

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

<input type="checkbox"/> _____ 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.
<input type="checkbox"/> _____ 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 licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas



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

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

<input type="checkbox"/> _____	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.	
<input type="checkbox"/> _____	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.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Lista de verificación para la inscripción



Apellido del solicitante: _____ Nombre del solicitante: _____

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

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

Para planes Medicare Advantage

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

Para planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

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

Para todos los planes

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

Para todos los planes (continuación)

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible médico asociado con el plan (si corresponde) y el monto?
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Comprende que debe utilizar los proveedores de salud que pertenecen a la red para obtener los beneficios, copagos y coaseguros de la red?
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Comprende que si utiliza los proveedores de salud que no pertenecen a la red es probable que tenga que pagar gastos a su cargo más altos? (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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El agente de ventas confirmó que sus médicos están dentro de la red del plan que ha seleccionado?
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El agente analizó el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan, M3P), un programa voluntario sin costo que tiene como objetivo ayudar a distribuir el alto costo de los medicamentos durante todo el año calendario, y explicó el proceso de facturación?
A partir de la presentación de esta solicitud, decidí <input type="checkbox"/> participar <input type="checkbox"/> no participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (M3P).		

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

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

Nombre del proveedor	Participante/No participante		Dirección completa del proveedor
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 principales. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

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.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Lista de verificación para la inscripción



Apellido del solicitante: _____ Nombre del solicitante: _____

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

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

Para planes Medicare Advantage

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

Para planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

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

Para todos los planes

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

Para todos los planes (continuación)

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El agente de ventas le dio una explicación completa del deducible médico asociado con el plan (si corresponde) y el monto?
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Comprende que debe utilizar los proveedores de salud que pertenecen a la red para obtener los beneficios, copagos y coaseguros de la red?
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Comprende que si utiliza los proveedores de salud que no pertenecen a la red es probable que tenga que pagar gastos a su cargo más altos? (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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El agente de ventas confirmó que sus médicos están dentro de la red del plan que ha seleccionado?
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El agente analizó el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan, M3P), un programa voluntario sin costo que tiene como objetivo ayudar a distribuir el alto costo de los medicamentos durante todo el año calendario, y explicó el proceso de facturación?
A partir de la presentación de esta solicitud, decidí <input type="checkbox"/> participar <input type="checkbox"/> no participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (M3P).		

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

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

Nombre del proveedor	Participante/No participante	Dirección completa del proveedor
	<input type="checkbox"/>	

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 principales. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

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.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente



¿Y después?



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

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

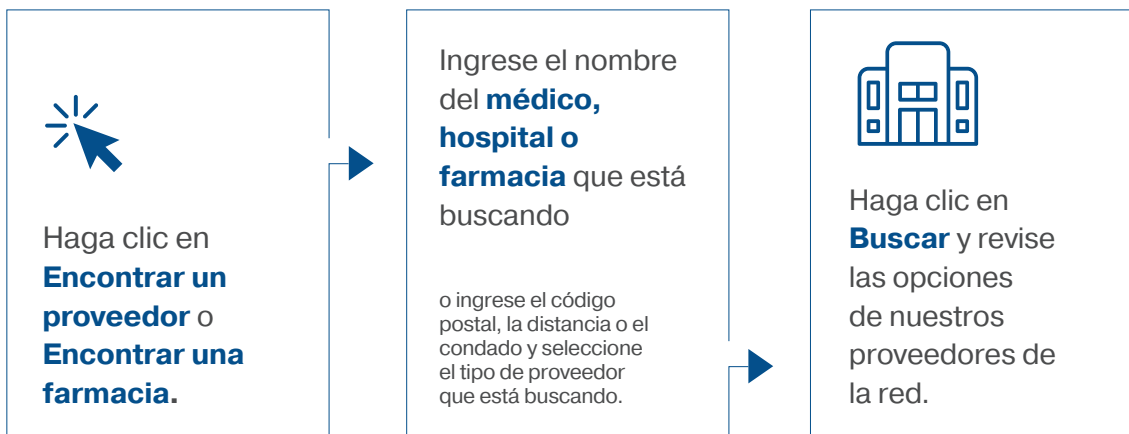


Use médicos de la red

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

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

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





Elegir a su médico de atención primaria es importante

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



Use una farmacia preferida

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

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

Walgreens

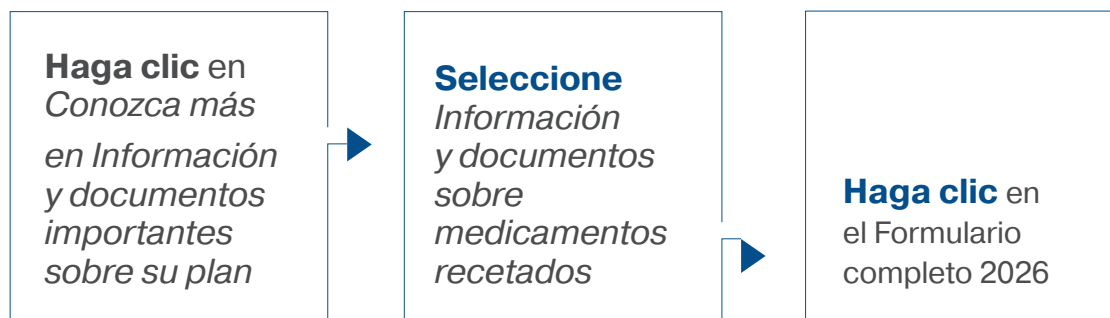


Farmacias de pedido por correo

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

Cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos:

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



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 1-877-955-8773) 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 2025 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Florida Blue HMO - H1035

En el 2025, Florida Blue HMO - H1035 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆

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

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



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

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

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

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

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

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

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

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 844-672-7324 (número gratuito) o al 800-955-8770 (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 de 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 (TTY).

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

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

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.