

Formulario de solicitud de inscripción



Un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para unirse a un plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, también debe tener uno o ambos de los siguientes:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

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

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Usted debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que presente 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 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta recopilación de información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos 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 Aprobación de Informes de PRA. Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Blue MedicareRx
P.O. Box 269029
Weston, FL 33326-9029

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al **1-888-274-1568**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

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 los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al **1-888-274-1568**, TTY: **711** o llame a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Instrucciones del formulario de inscripción individual

Complete la solicitud con bolígrafo negro.

Se deben completar todas las secciones y luego enviarse para llevar a cabo la inscripción.

Plan de medicamentos con receta (PDP)
de Medicare Blue MedicareRxSM



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Formulario de inscripción individual

Para inscribirse, proporcione toda la información solicitada a continuación.

OBLIGATORIO: Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan en el que desea inscribirse:

Blue MedicareRx: Value, prima mensual de \$52.70 Enhanced, prima mensual de \$158.60

Proporcione su información de seguro de Medicare

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

- Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.

O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre: Jane L. Smith

(como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare X X X X - X X X - X X X X

Tiene derecho a Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AAAA):

SERVICIOS HOSPITALARIOS (Parte A)
01 / 01 / 2000

SERVICIOS MÉDICOS (Parte B)
01 / 01 / 2000

Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Apellido: Smith	Nombre: Jane	Inicial del segundo nombre: L.	<input type="checkbox"/> Sr. <input checked="" type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: <u>0 6 / 0 3 / 1 9 3 3</u> M M / D D / A A A A		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Número de teléfono: (602) 000 - 0000		Número de teléfono alternativo (opcional): (602) 000 - 0000	
Dirección de correo electrónico: jane.smith@yahoo.com			
Dirección de residencia permanente (no se aceptan casillas postales): 1234 West Street			
Ciudad: Phoenix	Estado: Arizona	Código postal: 85000	
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente): P.O. Box 56789			
Ciudad: Phoenix	Estado: Arizona	Código postal: 85000	

PASOS:

A. Seleccione el plan en el que desea inscribirse.

B. Coloque su información del seguro de Medicare según la tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare.

C. Incluya toda su información personal.

Plan de medicamentos con receta (PDP)
de Medicare Blue MedicareRxSM



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Formulario de inscripción individual

Para inscribirse, proporcione toda la información solicitada a continuación.

OBLIGATORIO: Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan en el que desea inscribirse:

Blue MedicareRx: Value, prima mensual de **\$52.70** Enhanced, prima mensual de **\$158.60**

Proporcione su información de seguro de Medicare

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

• Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.

O BIEN

• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre: _____

(como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare _____ - _____ - _____

Tiene derecho a Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AAAA):

SERVICIOS HOSPITALARIOS (Parte A)

_____ / _____ / _____

SERVICIOS MÉDICOS (Parte B)

_____ / _____ / _____

Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ M M / D D / A A A A	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Número de teléfono: () -	Número de teléfono alternativo (opcional): () -		
Dirección de correo electrónico:			
Dirección de residencia permanente (no se aceptan casillas postales):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA) o programas de asistencia farmacéutica del estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Blue MedicareRx? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre y el número de identificación de la otra cobertura.

Nombre de la otra cobertura: _____

Núm. de identificación de la cobertura: _____ Núm. de grupo de la cobertura: _____

2. ¿Es usted residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un asilo? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono de la institución: _____

Dirección (calle y número): _____

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) tiene un contrato con Medicare para ofrecer los planes HMO y PPO de Medicare Advantage, y los planes PDP. La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato. La cobertura está disponible para los residentes de Arizona.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigor del plan: _____

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

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si más adelante consideramos que esta información es incorrecta, su inscripción puede cancelarse.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare Advantage (MA).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi cobertura vigente, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente volví a Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU. el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente me otorgaron el estado de presencia legal en Estados Unidos. Recibí este estado el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid). Este cambio ocurrió el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el grado de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional). Este cambio ocurrió el (escriba la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro/del centro el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare) o se me notificó la pérdida (lo que ocurra después). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigor del plan: _____

- Me inscribieron en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- Me inscribieron en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte del plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (escriba la fecha) _____.
- Me vi afectado por una catástrofe declarada por una entidad gubernamental u otra emergencia (según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras afirmaciones que figuran aquí se aplicaban en mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al **1-888-274-1568**, TTY: **711**. Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede visitar nuestro sitio web: **azblue.com/medicare**.

¿Actualmente tiene un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD)? Sí No

- Entiendo que me estoy inscribiendo en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Entiendo que no puedo combinar un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD) con un plan de medicamentos con receta independiente (PDP).

Todos los campos de esta sección son opcionales.

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

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español
- Sí, soy puertorriqueño(a)
- Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- Sí, soy mexicano(a), mexicano-estadounidense, chicano(a)
- Sí, soy cubano(a)
- Prefiero no responder.

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Chino
- Japonés
- Otro origen asiático
- Vietnamita
- Indio asiático
- Filipino
- Coreano
- Otro origen de las islas del Pacífico
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Guameño o chamorro
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Prefiero no responder.

Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español

Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille
- Letra grande
- CD de audio

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigor del plan: _____

CÓMO PAGAR LA PRIMA DEL PLAN O LA MULTA POR INSCRIPCIÓN TARDÍA

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que puede deber) por correo o “transferencia electrónica de fondos (EFT)” todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) todos los meses.

Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB, o recibirá una factura directamente de Medicare. **NO pague el IRMAA de la Parte D a Blue MedicareRx.**

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir *Ayuda adicional* a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una interrupción de la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir estos beneficios de ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre la *Ayuda adicional*, comuníquese con su Oficina del Seguro Social local, o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.** Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar la *Ayuda adicional* en línea en **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

Si reúne los requisitos para recibir *Ayuda adicional* para pagar los costos de la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una parte de la prima, le enviaremos una factura a usted por el monto que Medicare no cubra. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura en papel. **No envíe el pago de una prima con esta solicitud.**
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.
Proporcione la siguiente información:

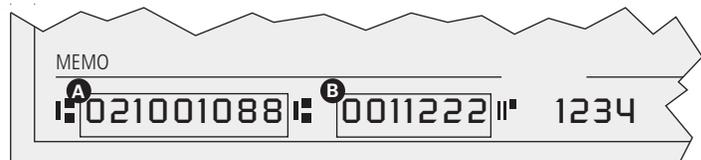
Nombre del titular de la cuenta: _____

Institución financiera: _____

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Corriente Ahorro

- A** El número de ruta bancaria está compuesto por 9 caracteres y aparece entre los símbolos **⑈**, generalmente en la esquina inferior izquierda de su cheque.



- B** Su número de cuenta tiene entre 5 y 17 caracteres y aparece junto al símbolo **⑈** en la parte inferior de su cheque, generalmente a la derecha de su número de ruta bancaria.

- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

La deducción del Seguro Social, la RRB o la EFT podría comenzar después de dos meses o más. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura hasta que se aprueben las deducciones del Seguro Social o la RRB, lo que puede demorar entre 2 y 3 meses. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, continuaremos enviándole una factura por sus primas mensuales. Si usted no paga su prima correspondiente a los meses antes de que la deducción tenga efecto, se podría cancelar su inscripción en el plan.



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

Si actualmente tiene una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Blue MedicareRx puede afectar sus beneficios de salud del empleador o sindicato. Si se inscribe en Blue MedicareRx, podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envíen su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no aparece ninguna información sobre la persona con la que debería comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde consultas sobre su cobertura pueden ayudarle. Después de leer detenidamente todas las afirmaciones de esta sección, fírmela. Conserve la copia denominada "Persona inscrita" para sus registros.

- Blue MedicareRx es un plan de medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos con receta es adicional a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, deberé conservar mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Soy responsable de informar a Blue MedicareRx sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Solo puedo estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare por vez; si actualmente soy parte de un plan de medicamentos con receta de Medicare, mi inscripción en Blue MedicareRx finalizará dicha inscripción.
- Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez inscrito, puedo dejar este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, generalmente durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que reúna los requisitos para determinadas circunstancias especiales.
- Blue MedicareRx proporciona sus servicios en un área de cobertura específica. Si me mudo del área en la que Blue MedicareRx proporciona sus servicios, debo notificar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar las farmacias de la red, excepto en caso de emergencia cuando no pueda usar razonablemente las farmacias de la red de Blue MedicareRx. Una vez que sea miembro de Blue MedicareRx, tengo derecho a presentar una apelación sobre las decisiones del plan con respecto a los pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Blue MedicareRx cuando lo reciba para saber cuáles son las normas que debo seguir para obtener la cobertura.
- Comprendo que, si dejo este plan y no tengo u obtengo otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima correspondiente a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
- Comprendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, agente de seguros u otra persona empleada o contratada por Blue Cross Blue Shield of Arizona, es posible que esta persona reciba un pago por mi inscripción en Blue MedicareRx.
- Es posible que haya servicios de asesoramiento disponibles en mi estado que ofrezcan asesoramiento sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de Medicare Advantage o de planes de medicamentos con receta, asistencia médica mediante el programa estatal de Medicaid y el programa de ahorros de Medicare.
- Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Blue MedicareRx divulgue mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para cuestiones vinculadas a tratamiento, pago y atención médica. También acepto que Blue MedicareRx divulgue mi información, incluida mi información sobre medicamentos con receta, a Medicare, quien podría divulgarla con fines de investigación u otros fines que cumplan todos los estatutos y las reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a la ley del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), la firma certifica: 1) que esta persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción y 2) que la documentación de esta autorización se encuentra disponible a través de Medicare, previa solicitud.

Firma: **X** _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso interno:

Número de identificación de miembro: _____ Fecha de entrada en vigor del plan: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP: _____

/Motivo del SEP: _____ No elegible: _____ Rep. de inscripción: _____ Fecha en que se completó: _____

Solo para uso del agente/corredor:

Nombre del agente certificado (en letra de imprenta): _____ N.º de agente/corredor: _____

Corredor autorizado*: _____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura solicitada: _____

Firma del agente/corredor: _____

Fecha de recepción: _____ Número de teléfono: _____

*Ingrese el nombre de la entidad que tiene contrato con BCBSAZ

Nombre de la persona inscrita: _____



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Recibo de inscripción de 2024

Utilícelo como prueba temporal de la cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su tarjeta de identificación de miembro. **Este recibo no es garantía de la inscripción.**

Esta copia es para sus registros solamente. No vuelva a enviar la inscripción.

Complete este resumen del plan con su representante de ventas autorizado (si corresponde). Le informará algunos detalles del plan para ayudarle a comprender su nuevo plan.

Estos son algunos detalles sobre su nuevo plan:

Nombre de la persona inscrita:	
Fecha de la solicitud:	La cobertura de mi plan comienza el (fecha de entrada en vigor):
El nombre de mi nuevo plan es: <input type="checkbox"/> Blue MedicareRx Value Prima mensual de \$52.70 <input type="checkbox"/> Blue MedicareRx Enhanced Prima mensual de \$158.60	El tipo de plan es: <input type="checkbox"/> XPDP
Información sobre la prima: Mi plan tiene una prima mensual de \$_____. Entiendo que debo permanecer inscrito en la Parte A o la Parte B de Medicare y que debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare, excepto que el estado o algún otro tercero lo hagan por mí. Si debo una multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP), no está incluida en mi prima y deberé agregarla a mi prima cada mes.	
Debo vivir en el área de servicio del plan. Si me mudo fuera del área de servicio del plan por más de 6 meses consecutivos, tendré que elegir un nuevo plan.	
Puedo cancelar mi inscripción en este plan antes de que comience mi cobertura llamando a los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al 1-844-883-8524 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando comience la cobertura, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para hacer un cambio de plan, a menos que sea elegible para un período de elección especial.	
Si tiene alguna pregunta, llame a al representante de ventas autorizado:	
Nombre y número de identificación del representante de ventas autorizado	Número de teléfono del representante de ventas autorizado

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-883-8524. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-883-8524. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-883-8524。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-883-8524。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-883-8524. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-883-8524. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-883-8524 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-883-8524. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-883-8524 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-883-8524. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-883-8524. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-883-8524 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-883-8524. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-883-8524. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-883-8524. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-883-8524. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-883-8524 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo: T'áa hait'éego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídkid nee hólqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hólq. Ata' halne'í ta' yínikeedg kohji' 1-844-883-8524 nihich'j' hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco

Esta página se dejó intencionalmente en blanco



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association