



PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN, DEBE PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Apellido:		Primer nombre:		Inicial 2.º 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	N. de teléfono de la casa: ()		N. de teléfono alternativo: ()	
Dirección de su residencia permanente: (no se permite apartado postal - P.O. Box)						Parroquia:	
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Dirección postal física (solo si es diferente a la dirección de su residencia permanente):							
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Dirección de correo electrónico (opcional):							
Contacto de emergencia:						Número de teléfono: ()	
Parentesco con usted:							

INCLUYA LOS DATOS DE SU SEGURO DE MEDICARE

<p>Utilice los datos de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección:</p> <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. <p>-O-</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. 	Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
	Número de Medicare: _____
	Tiene derecho a Fecha de entrada en vigor:
	Hospital (Parte A) ___ / ___ / _____ Médica (Parte B) ___ / ___ / _____
<i>Usted debe tener la Parte A y Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</i>	

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO ofrece Blue Advantage (HMO). Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association que ofrece Blue Advantage (PPO).

Blue Advantage de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO es un plan HMO con un contrato de Medicare. Blue Advantage de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en cualquiera de los planes Blue Advantage depende de la renovación del contrato.

MARQUE EL PLAN EN EL QUE SE DESEA INSCRIBIRSE

Blue Advantage (HMO) 005: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Bienville, Bossier, Caddo, Claiborne, DeSoto, Natchitoches, Red River, Sabine y Webster

Blue Advantage (HMO) 006: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Caldwell, Catahoula, Concordia, East Carroll, Franklin, Jackson, LaSalle, Lincoln, Madison, Morehouse, Ouachita, Richland, Tensas, Union, West Carroll y Winn

Blue Advantage (HMO) 007-1: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Ascension y East Baton Rouge

Blue Advantage (HMO) 007-2: \$0 al mes

Incluye las parroquias de East Feliciana, Iberville, Livingston, Pointe Coupee, St. Helena, West Baton Rouge y West Feliciana

Blue Advantage (HMO) 008-1: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Jefferson, Lafourche, Orleans, St. Charles y Terrebonne

Blue Advantage (HMO) 008-2: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Assumption, Plaquemines, St. Bernard, St. James y St. John the Baptist

Blue Advantage (HMO) 009-1: \$0 al mes

Incluye las parroquias de St. Tammany y Tangipahoa

Blue Advantage (HMO) 009-2: \$0 al mes

Incluye la parroquia de Washington

Blue Advantage (HMO) 010-1: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Acadia, Calcasieu, Iberia, Lafayette, Rapides, St. Landry, St. Martin y Vermilion

Blue Advantage (HMO) 010-2: \$0 al mes

Incluye las parroquias de Allen, Avoyelles, Beauregard, Cameron, Evangeline, Grant, Jefferson Davis, St. Mary y Vernon

Blue Advantage (PPO) 001: \$100 al mes

Incluye las parroquias de Ascension, East Baton Rouge, East Feliciana, Iberville, Livingston, Pointe Coupee, St. Helena, West Baton Rouge y West Feliciana

Blue Advantage (PPO) 002: \$100 al mes

Incluye las parroquias de Assumption, Jefferson, Lafourche, Orleans, Plaquemines, St. Bernard, St. Charles, St. James, St. John the Baptist y Terrebonne

Blue Advantage (PPO) 003: \$100 al mes

Incluye las parroquias de St. Tammany, Tangipahoa y Washington

Blue Advantage (PPO) 004: \$100 al mes

Incluye las parroquias de Acadia, Allen, Avoyelles, Beauregard, Calcasieu, Cameron, Evangeline, Grant, Iberia, Jefferson Davis, Lafayette, Rapides, St. Landry, St. Martin, St. Mary, Vermilion y Vernon

Blue Advantage (PPO) 005: \$100 al mes

Incluye las parroquias de Bienville, Bossier, Caddo, Claiborne, DeSoto, Natchitoches, Red River, Sabine y Webster

Blue Advantage (PPO) 006: \$100 al mes

Incluye las parroquias de Caldwell, Catahoula, Concordia, East Carroll, Franklin, Jackson, LaSalle, Lincoln, Madison, Morehouse, Ouachita, Richland, Tensas, Union, West Carroll y Winn

Blue Advantage (PPO) 007: \$0 al mes

Disponible en las 64 parroquias

PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Si se inscribe en un plan de prima de costo cero: Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si en la actualidad tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) de su banco, tarjeta de crédito, tarjeta de débito o enviar un cheque por correo. Si tiene que pagar una cantidad de ajustada mensualmente a sus ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), recibirá una notificación del SSA. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de sus cargos mensuales. Se le retendrá la cantidad de su cheque de la SSA o le facturará directamente Medicare o RRB. NO pague a Blue Advantage la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA. **Si se inscribe en un plan con prima:** Puede pagar la prima mensual de su Plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga o adeude) por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. Usted también puede pagar su prima con la deducción automática de su cheque del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), cada mes. Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual de la Parte D debido a sus ingresos, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque del Seguro Social o le facturará directamente Medicare o RRB. NO pague a Blue Advantage la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA.

Las personas con bajos ingresos pueden calificar para recibir la Ayuda Adicional de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más del costo de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes cumplan con los requisitos no estarán sujetos a la interrupción de la cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas tienen derechos a estos beneficios y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional por internet www.ssa.gov/espanol/beneficios/medicare/medicamentos/. Si cumple con los requisitos para recibir la Ayuda Adicional para los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

Seleccione una opción para el pago de la prima.

Facturación: Mensual Trimestral (solo pago anticipado) Anual (solo pago anticipado)

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque *ANULADO* o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

Tarjeta de crédito o débito. Proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: Visa Mastercard Discover

Nombre del titular de la cuenta tal como aparece en la tarjeta:

Número de cuenta: _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de caducidad: ____ / ____ - ____

M M A A A A

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

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o 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 vigor de la inscripción hasta el momento en que empiece la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

LEA Y RESPONDA A ESTAS IMPORTANTES PREGUNTAS

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tiene usted otra cobertura de medicamentos con receta además de Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO)? Sí No

Si responde "Sí", indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de ID para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

2. ¿Reside usted en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

Si responde "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución: (número y calle) _____

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

Si responde "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

5. **Marque una de las casillas si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:** Español Braille CD de audio Letra grande

Comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO en el 1-800-363-9152 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al indicado anteriormente. Nuestras líneas telefónicas están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



LEA ESTA IMPORTANTE INFORMACIÓN



Si usted al presente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato.

Usted podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en este Plan. Lea las comunicaciones que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. Si no encuentra información acerca de a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde a sus preguntas sobre su cobertura le pueden ayudar.

DECLARACIÓN DE LA CALIFICACIÓN PARA EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el periodo de inscripción anual que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración corresponde a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted califica para un Periodo de Inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción podría ser cancelada.

DECLARACIÓN DE LA CALIFICACIÓN PARA EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)

- Soy nuevo en el programa Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de apertura de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ponga la fecha) _____.
- He salido recientemente de la cárcel. Fui liberado el (ponga la fecha) _____.
- He regresado recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (ponga la fecha) _____.
- He obtenido recientemente el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (ponga la fecha) _____.
- He tenido recientemente un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, he tenido un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (ponga la fecha) _____.
- He tenido recientemente un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve la Ayuda Adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ponga la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare u obtengo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me voy a mudar, vivo en o recientemente me mudé de un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me he mudado/me mudaré a/desde el centro el (ponga la fecha) _____.
- He dejado recientemente un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) el (ponga la fecha) _____.
- Voy a dejar mi empleo o sindicato el (ponga la fecha) _____.
- He perdido recientemente de forma involuntaria mi cobertura acreditada de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ponga la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan dará por terminado su contrato con Medicare, o Medicare dará por terminado su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y yo quiero escoger un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ponga la fecha) _____.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (ponga la fecha) _____.
- He sido víctima de una emergencia meteorológica o de una catástrofe grave (declarado por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés]). Una de las otras declaraciones que aquí aparecen corresponde a mí caso, pero no pude inscribirme debido a una catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Blue Advantage al 1-800-363-9152 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si califica para inscribirse. Nuestras líneas telefónicas están disponibles los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

ELIJA A SU PROVEEDOR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PCP

Proveedor médico de atención primaria (PCP):

Dr. _____

(Nombre)

(Apellido)

N.º de PCP del directorio de proveedores:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es éste su proveedor actual?

Sí No

LEA Y FIRME MÁS ADELANTE (CONTINUACIÓN)

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Blue Advantage (HMO) y Blue Advantage (PPO) son planes Medicare Advantage y tienen contratos con el gobierno federal. Necesitaré mantener mis Partes A y B de Medicare. Debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Sólo puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles a ustedes sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios únicamente durante ciertos momentos del año en los que está disponible un periodo de inscripción (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) proporciona servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en la que este plan presta servicios, necesito notificarle al plan de manera que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan acerca de los pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura cuando lo obtenga, para conocer qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Blue Advantage (HMO), debo obtener toda mi atención médica de Blue Advantage (HMO), a excepción de los servicios de emergencia o de urgencia necesarios o los servicios de diálisis fuera del área. Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Blue Advantage (PPO), el utilizar servicios dentro de la red puede costar menos que utilizar servicios fuera de la red, a excepción de los servicios de emergencia o de urgencia necesarios o los servicios de diálisis fuera del área. De ser médicamente necesarios, Blue Advantage (PPO) proveerá reembolsos por todos los beneficios cubiertos, aun cuando yo reciba servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor), estarán cubiertos. Sin autorización, **LOS SERVICIOS NO LOS PAGARÁN NI MEDICARE NI Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO).**

Yo entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO, él o ella puede recibir un pago basado en mi inscripción en un plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, entiendo que Blue Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

También entiendo que Blue Advantage divulgará mi información a Medicare, incluyendo los datos sobre mis medicamentos con receta, quien a su vez podrá divulgarlos con fines de investigación y otros fines que sigan todos los estatutos y reglamentos federales vigentes. La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (según se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) conforme a la ley estatal, esta persona está autorizada a completar esta inscripción; y, 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Blue Advantage o de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Parentesco con el afiliado:

Número de teléfono:

()

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

FOR OFFICE USE ONLY

Name of Sales Rep/Agent/Broker (if assisted in enrollment):	Agent NPN#:	Application Receipt Date:
--	--------------------	----------------------------------

Plan ID#:	Effective Date of Coverage:
------------------	------------------------------------

Election Periods:

AEP **ICEP** **IEP for Part D** **OEP** **MADP** **OEPI** **IEP2**

Special Election Periods SEP:

<input type="checkbox"/> LOC	<input type="checkbox"/> OTHER LOSS DUAL ELIGIBLE	<input type="checkbox"/> LOSS OF SPAP	<input type="checkbox"/> DST
<input type="checkbox"/> Non-renew/TERM	<input type="checkbox"/> CHRONIC SNP NON-ELIGIBILITY	<input type="checkbox"/> LIS	<input type="checkbox"/> SEP
<input type="checkbox"/> GROUP RETIREE/LEC	<input type="checkbox"/> SPAP	<input type="checkbox"/> LOSS OF LIS	
<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> CHRONIC SNP	
<input type="checkbox"/> DUAL ELIGIBLE			

Devuelva la solicitud completada a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana/Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO
P.O. Box 14801, Baton Rouge, LA 70898-9956.
Fax: 1-877-553-6152

Llame al 1-800-363-9152 para obtener más información acerca de su plan Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO), incluso para obtener servicios de traducción gratuitos. Los usuarios de TTY deben llamar al número gratuito del servicio de retransmisión nacional al 711. Nuestras líneas telefónicas están disponibles los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Podrá recibir un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre, y en días festivos. Por favor, deje un mensaje y su llamada será devuelta al siguiente día hábil.

Los proveedores fuera de la red o que no tienen un contrato con nosotros no tienen la obligación de atender a los miembros de Blue Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red.

¿ESTÁ LISTO PARA INSCRIBIRSE? Elija la opción que más le convenga.



POR TELÉFONO

Llámenos al 1 (800)-232-4967, (TTY 711), estamos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Agentes autorizados estarán disponibles para ayudarle.



POR INTERNET

Visite www.bcbsla.com/blueadvantage y seleccione "Enroll Now".



POR FAX

Envíe por fax este formulario de inscripción completado al 1 (877) 553-6152.



POR CORREO

Complete este formulario de inscripción, colóquelo en un sobre franqueado y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P.O. Box 14801
Baton Rouge, LA 70898-9956