

FORMULARIO MODELO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA LA INSCRIPCIÓN EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de Estados Unidos o encontrarse legalmente en EE. UU.
- Vivir dentro del área de servicio del plan

Atención: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses siguientes a la primera vez que reciba Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Consulte [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para rellenar este formulario?

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

Aviso: Debe rellenar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales, si no responde, no se le denegará la cobertura.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el periodo de inscripción de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario cumplimentado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que el pago de la prima se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de la Seguridad Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué hay que hacer a continuación?

Envíe su formulario cumplimentado y firmado a:
Blue Advantage
130 DeSiard Street, Suite 322
Monroe, LA 71201-7319

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda para rellenar este formulario?

Llame a Blue Advantage al 1-800-363-9152. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

En español: Llame a Blue Advantage al 1-800-363-9152 TTY 711 o 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 afiliarse a un plan pero no tiene residencia permanente, puede indicar como su dirección de residencia permanente un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques de la seguridad social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta solicitud de información es el 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en una media de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ATENCIÓN

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la dirección anterior, PRA Reports Clearance Office. Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué hay que hacer a continuación?" en esta página para enviar su formulario cumplimentado al plan.

Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-1:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Platinum (HMO-POS) 018-1:
\$169 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-2:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Platinum (HMO-POS) 018-2:
\$169 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-3:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Giveback (HMO-POS) 011:
\$0 al mes + \$50 reembolso de la Parte B |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-4:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Premier (PPO) 004:
\$100 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-5:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Liberty (PPO) 007:
\$0 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Reliance (HMO-POS) 017-1:
\$46.20 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Dual Plus (HMO-POS D-SNP) 019:
\$0-\$30.30 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Reliance (HMO-POS) 017-2:
\$46.20 al mes | |

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Opcional, inicial segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (___ / ___ / _____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número telefónico: ()
--	---	-------------------------------

Dirección de residencia habitual (no indique un apartado postal):

Ciudad:	Opcional: Parroquia:	Estado:	Código postal:
---------	----------------------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección habitual (puede ser un apartado postal):

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

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tiene otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Blue Advantage?
 Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de afiliado para esta cobertura: Número del grupo de esta cobertura:

Debe estar inscrito en el programa Medicaid del Estado de Luisiana y estar clasificado como QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE para poder optar por el plan Blue Advantage Dual Plus (HMO-POS D-SNP).

ATENCIÓN, lea la siguiente información y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Blue Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, entiendo que Primewell compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitido por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que está a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde puede afectar a su inscripción en el plan.
- Entiendo que sólo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (existen excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura Blue Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Blue Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por Blue Advantage y contenidos en mi documento «Evidencia de Cobertura» de Blue Advantage (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Blue Advantage pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en 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) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (según se ha descrito arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a ley estatal a completar esta inscripción, y
 - 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 rellene estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el suscriptor:

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

El responder a estas preguntas es elección suya. Si no responde, no se le denegará la cobertura.

¿Es usted hispano/a, latino/a o de origen español? Seleccione todo lo que le corresponde a usted.

No, no soy de origen hispano/a, latino/a o español

Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a

Sí, puertorriqueño/a

Sí, cubano/a

Sí, otro origen hispano/a, latino/a o español

Elijo no contestar.

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

Indio americano o nativo de Alaska

Negro/a o afroamericano/a

Asiático:

Nativos de Hawai e islas del Pacífico:

Indio/a asiático/a

Guameño/a o chamorro/a

Chino/a

Nativo /ahawaiano

Filipino/a

Samoano/a

Japonés/a

Otro Isleño del Pacífico

Coreano/a

Blanco/a

Vietnamita

Prefiero no contestar.

Asiático (otro)

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

Español

Chino mandarín

Chino cantonés

Tagalo

Francés

Vietnamita

Alemán

Coreano

Ruso

Árabe

Hindú

Italiano

Portugués

Francés criollo

Polaco

Japonés

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Póngase en contacto con Blue Advantage llamando al 1-800-363-9152 si necesita información en un formato adaptado para discapacidades distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Trabaja su esposo/a? Sí No

Indique su Médico de Atención Primaria (PCP, siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o varios.

Notificación anual de cambios Evidencia de Cobertura

Directorio de proveedores y farmacias Formulario

Dirección de correo electrónico:

Cómo pagar la prima de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier recargo por inscripción fuera de plazo que tenga actualmente o que deba) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito o débito cada mes, trimestralmente (sólo prepago) o anualmente (sólo prepago). **También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática cada mes de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés).**

Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), deberá pagar este importe adicional además de la prima de su plan. NO pague a Blue Advantage la Parte D-IRMAA.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y obtener el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN, en inglés) «Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx en inglés)», N° de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar a la inscripción en el plan.

Información que debe incluirse en o con el documento Mecanismo de inscripción - Declaración del cumplimiento de los Requisitos para un Período de Inscripción

Referenciada en la sección: 30.4

(Rev. 2, Publicado el: 25 de agosto de 2020; Entrada en vigor/aplicación: 01-01-2021)

Normalmente, usted solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le podrían permitir a usted inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a sus circunstancias. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, cumple los requisitos para el Periodo de Afiliación. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción podría ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Periodo 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 (escriba la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui puesto en libertad el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (escriba la fecha) _____.
- He tenido recientemente un cambio en mi Medicaid (he obtenido recientemente Medicaid, he tenido un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o he perdido Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare (obtuve Ayuda Adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba 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 estoy mudando a, vivo en o recientemente he dejado de vivir en un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé al centro, me fui del centro, me mudaré al centro, me marcharé del centro el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, siglas en inglés) el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente he perdido involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escribir la fecha) _____.
- Voy a dejar la cobertura del empleador o del sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de ayuda de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando 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 (escribir la fecha) _____.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero he perdido los requisitos necesarios de necesidades especiales para seguir en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (escribir la fecha) _____.
- Me he visto afectado por una emergencia o catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí expuestas se aplicaba a mis circunstancias, pero no pude inscribirme debido a un desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a sus circunstancias o no está seguro, comuníquese con Blue Advantage al 1-800-363-9152 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para determinar si reúne los requisitos para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.