



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: (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>) 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 física 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:							

PROVEA SU INFORMACIÓN DEL SEGURO DE MEDICARE

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección: <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. -O- 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 efectividad:
	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, 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 Blue Advantage depende de la renovación del contrato.

ESCOJA EL PLAN EN EL QUE 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: \$75 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: \$85 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: \$85 al mes

Incluye las parroquias de St. Tammany, Tangipahoa y Washington

Blue Advantage (PPO) 004: \$85 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: \$85 al mes

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

Blue Advantage (PPO) 006: \$85 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

PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Si se inscribe en un plan con cero prima: Si nosotros determinamos que usted adeuda una penalidad por inscripción tardía (o si al presente tiene una penalidad por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social (SSA, siglas en inglés) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, siglas en inglés), Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, siglas en inglés) de su banco, tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cheque por correo. Si tiene que pagar una cantidad mensual ajustada de la Parte D debido a sus ingresos (IRMAA de la Parte D), recibirá una notificación de la SSA. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de sus cargos mensuales. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios de la SSA o recibirá una factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a Blue Advantage la cantidad adicional de la IRMAA de la Parte D. **Si se inscribe en un plan con una prima:** Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que usted al presente tenga o pueda adeudar) por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. Usted también puede escoger pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes. Si tiene que pagar una cantidad mensual ajustada de la Parte D debido a sus ingresos (IRMAA de la Parte D), 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 el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá una factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a Blue Advantage la cantidad adicional de la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75 % o más del costo de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la interrupción de cobertura ni la penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local 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 en línea en www.ssa.gov/espanol/beneficios/medicare/medicamentos/. Si califica para Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una porción 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/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 expiración: ____ / ____ / ____
 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 demorarse dos meses o más en empezar, luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta 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 a partir de la fecha de efectividad 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 CONTESTE ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

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.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados 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/Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO al 1-800-363-9152 si necesita información en un formato accesible o idioma distinto a lo enumerado arriba. 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 INFORMACIÓN IMPORTANTE



Si usted al presente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse 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 su empleador o sindicato le envíe. Si tiene preguntas, visite el sitio web de ellos 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 le contesta preguntas acerca de su cobertura le puede ayudar.

ATESTACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, usted solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta 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 las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si la declaración le aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un Periodo de Inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción podría ser cancelada.

ATESTACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERIODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Periodo Abierto 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) _____.
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (ponga la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (ponga la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (ponga la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (ponga la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare (recién obtuve la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de 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 recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a, 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 mudé/me mudaré al/del centro el (ponga la fecha) _____.
- Recientemente dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) el (ponga la fecha) _____.
- Estaré dejando mi empleo o sindicato el (ponga la fecha) _____.
- Recientemente involuntariamente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ponga la fecha) _____.
- Soy parte de un programa de ayuda de farmacia 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 perdí la calificación de necesidades especiales requerida para tener ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (ponga la fecha) _____.
- Yo me vi afectado por una emergencia relacionada al clima o por un desastre mayor (según declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés]). Una de las otras declaraciones presentadas aquí me aplicaba a mí, pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones le aplica a usted 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 es elegible para inscribirse. Nuestras líneas telefónicas están disponibles los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

ESCOJA SU PROVEEDOR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Proveedor de atención primaria (PCP): Dr. _____ (Nombre) (Apellido)	N.º de PCP del directorio de proveedores: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											¿Es éste su proveedor actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

LEA Y FIRME ABAJO (CONTINUACIÓN)

Al completar esta solicitud de inscripción, yo 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. Si lo 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 recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles a ustedes sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que yo 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 soy 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 cuáles 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.

Yo 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. Yo entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Blue Advantage (PPO), 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 contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) (también conocido como un contrato del miembro o acuerdo del suscriptor), serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

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/Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en un plan.

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

También reconozco que Blue Advantage divulgará mi información a Medicare, incluso mis datos sobre los medicamentos recetados, quien a su vez podrá divulgarlos con fines de investigación y otros fines que sigan todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.

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 es firmada por una persona autorizada (según descrito 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:		
<input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> ICEP <input type="checkbox"/> IEP for Part D <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> MADP <input type="checkbox"/> OEPI <input type="checkbox"/> IEP2		
Special Election Periods SEP:		
<input type="checkbox"/> LOC <input type="checkbox"/> Non-renew/TERM <input type="checkbox"/> GROUP RETIREE/LEC <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DUAL ELIGIBLE	<input type="checkbox"/> OTHER LOSS DUAL ELIGIBLE <input type="checkbox"/> RETRO ESRD <input type="checkbox"/> CHRONIC SNP NON-ELIGIBILITY	<input type="checkbox"/> SPAP <input type="checkbox"/> LOSS OF SPAP <input type="checkbox"/> LIS <input type="checkbox"/> LOSS OF LIS <input type="checkbox"/> CHRONIC SNP
		<input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> SEP

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 mensajes 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 médicos fuera de la red/no contratados no están obligados a proveer tratamiento 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.

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



LLAME

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



EN LÍNEA

Visite www.bcbsla.com/blueadvantage (en inglés) y escoja *Enroll Now*.



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 con la dirección, luego envíelo por correo a:

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