



**PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo 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. telefónico de la casa: (    ) <input type="checkbox"/> Célular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro		N. telefónico alternativo: (    ) <input type="checkbox"/> Célular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección de residencia permanente: (No se admiten apartados postal - P.O. Box)						Parroquia:		
Ciudad:				Estado:		Código postal:		
Dirección postal (sólo si es diferente de su dirección de residencia permanente):								
Ciudad:				Estado:		Código postal:		
Dirección de correo electrónico (opcional):								
Contacto de emergencia:						N. telefónico alternativo: (    )		
Parentesco con usted:								

**INCLUYA LOS DATOS DE SU SEGURO DE MEDICARE**

Utilice los datos de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</li> <li>-O-</li> <li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.</li> </ul>	Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
	Número de Medicare: _____
	<b>Tiene derecho a      Fecha de entrada en vigor:</b>
	Hospital (Parte A)      ___/___/_____ Médico (Parte B)      ___/___/_____ <i>Debe tener la Parte A y la 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 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 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 (HMO) 011 con la Parte B Give Back: \$0 al mes**

*Disponible en todo el estado*

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

*Disponible en todo el estado*

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

*Disponible en todo el estado*

## 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 Jubilación Ferroviaria (RRB), Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) de su banco, tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cheque por correo. Si se le impone un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), el Seguro Social se lo notificará (SSA). Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de sus cargos mensuales. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social (SSA) o le facturarán directamente desde Medicare o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). NO pague a Blue Advantage la Parte D-IRMAA.] **Si se inscribe en un plan con prima -** Puede pagar su prima mensual del plan (incluida 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 todos los meses. También puede optar por 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 se le impone un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o RRB le facturarán directamente. NO pague a Blue Advantage la Parte D-IRMAA.]

## PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN (CONTINUACIÓN)

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre 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 a través de internet en <http://www.ssa.gov/espanol/beneficios/medicare/medicamentos/>. Si califica para la Ayuda Adicional con los costos de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre.

### Seleccione una opción para el pago de la prima.

La factura será:  Mensual  Trimestral (solo prepago)  Anual (solo prepago)

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

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de la cuenta del banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Corriente  Ahorros

Tarjeta de crédito o débito. Escriba la siguiente información:

Tipo de tarjeta:  Visa  Mastercard  Discover

Nombre del titular de la cuenta tal y 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 de la Seguridad Social o de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que la Seguridad Social o la RRB apruebe 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 su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales").

## LEA Y RESPONDA A ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

**Responder a esta pregunta es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las conteste.**

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

No, no soy de origen hispano, latino o español

Sí, mexicano, mexicano americano, chicano

Sí, puertorriqueño

Sí, cubano

Sí, otro origen hispano, latino o español

**Elijo no responder.**

## LEA Y RESPONDA A ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES (CONTINUACIÓN)

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático             | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Filipino                   | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro    |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Coreano                    | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano       |
| <input type="checkbox"/> Asiático (otro)                    | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (otro) | <input type="checkbox"/> Samoano               |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> Blanco                     | <input type="checkbox"/> _____                 |

**Elijo no responder.**

3. **Marque una de las casillas siguientes si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto al inglés o en un formato accesible:**  Español  Braille  CD de audio  Letra grande

Póngase en contacto con Blue Cross and Blue Shield of Louisiana/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., 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

4. ¿Trabaja?  Sí  No

¿Su esposo/a trabaja?  Sí  No

5. "Algunas personas pueden tener otra cobertura médica o de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) o programas estatales de asistencia para medicamentos con receta."

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO)?

Sí  No

En caso afirmativo, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ # de identificación de esta cobertura: \_\_\_\_\_ # del grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución: (Número y calle) \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_



**LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**



**Si usted actualmente 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 el empleador o sindicato le envíe a usted. Si tiene preguntas, visite el sitio de web de ellos o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura puede ayudarlo.

## DECLARACIÓN DE REQUISITOS PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

**Típicamente, 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.

## DECLARACIÓN DE REQUISITOS PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al seleccionar cualquiera de las siguientes casillas usted certifica que, según su leal saber y entender, usted califica para un Período de Inscripción. 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 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 (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 (recién obtuve la Ayuda Adicional, 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 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 dentro/fuera de las instalaciones el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
  - Recientemente dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, siglas en inglés) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
  - Voy a dejar el empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
  - Recientemente involuntariamente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos sin receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
  - Soy parte de 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 perdí la calificación de necesidades especiales requerida para tener ese plan. Me dieron de baja del SNP el (escribir 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 se aplica a usted o 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 abiertas los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

### ELIJA UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Proveedor de atención primaria (PCP, siglas en inglés):  
Dr. \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)

# de PCP del directorio de proveedores:

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

¿Es este su proveedor actual?  
 Sí  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. Yo deberé conservar las Partes A y B de Medicare. Debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salirme de este plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año cuando haya un período de inscripción disponible (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) atienden áreas de servicio específicas. Si yo me mudo fuera del área de servicio del plan, debo notificarlo al plan para que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea afiliado, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Blue Advantage (HMO), debo obtener todos mis beneficios atención médica de Blue Advantage (HMO), excepto para servicios de emergencia o de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Yo entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura en Blue Advantage (PPO) al usar los servicios dentro de la red puede costar menos que usar servicios fuera de la red, excepto para servicios de emergencia o de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, Blue Advantage (PPO) proporciona reembolsos para todos los beneficios, incluso si obtengo servicios fuera de la red. Se cubrirán 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 contrato del afiliado o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO) PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

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

**Divulgación de Información:** Al inscribirme en este plan de salud 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 incluyendo mis datos de eventos de medicamentos con receta a Medicare, quien puede divulgarla para investigación y otros fines que sigan todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a su 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 a actuar en su nombre bajo las leyes del estado donde vivo) significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (según 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 Blue Advantage o de Medicare.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

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

Nombre:	Relación con el suscriptor:	N. telefónico alternativo: ( )	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:



**SOLO PARA USO DE OFICINA**

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

<b>Plan ID#:</b>	<b>Effective Date of Coverage:</b>
------------------	------------------------------------

**Election Periods:**  
 **AEP**    **ICEP**    **IEP for Part D**    **OEP**    **MADP**    **OEPI**    **IEP2**

<b>Special Election Periods SEP:</b>			
<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			

**Por favor envíe la solicitud completa a:**

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana/Blue Cross and Blue Shield of Louisiana HMO  
130 DeSiard Street, Suite 322, Monroe, LA 71201-7319  
Fax: 1-877-553-6152

Llame al 1-800-363-9152 para obtener más información, incluidos los servicios gratuitos de traducción de idiomas, sobre su plan Blue Advantage (HMO) o Blue Advantage (PPO). Los usuarios de TTY deben llamar gratuitamente al servicio nacional de retransmisión al 711. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Puede usar un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Por favor, deje un mensaje y le devolverán la llamada al siguiente día laborable.

Los proveedores médicos fuera de la red o sin contrato, no tienen ninguna obligación de atender a los afiliados de Blue Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su documento de Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

# ¿LISTO PARA INSCRIBIRSE? Elija la opción más adecuada para usted.

---



## **LLAME**

Llámenos al 1-800-232-4967 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los agentes autorizados están disponibles.



## **INTERNET**

Visite [www.bcbsla.com/blueadvantage](http://www.bcbsla.com/blueadvantage) (en inglés) y elija *Enroll Now*.



## **FAX**

Envíe por fax este formulario de inscripción completo al 1-877-553-6152.



## **CORREO**

Complete este formulario de inscripción, colóquelo en un sobre con estampilla y dirección, luego envíelo por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana/HMO Louisiana Inc.  
130 DeSiard Street, Suite 322  
Monroe, LA 71201-7319