

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 hospitalario)
- 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.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 la inscripción abierta 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 Ferroviaria).

¿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 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.

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 Officer, 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 + \$0.50 reembolso de la Parte B | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Platinum (HMO-POS) 018-1:
\$203 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-2:
\$0 al mes + \$0.10 reembolso de la Parte B | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Platinum (HMO-POS) 018-2:
\$207 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-3:
\$0 al mes + \$0.50 reembolso de la Parte B | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Giveback (HMO-POS) 020-1:
\$0 al mes + \$70 reembolso de la Parte B |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-4:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Giveback (HMO-POS) 020-2:
\$0 al mes + \$57 reembolso de la Parte B |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Classic (HMO-POS) 013-5:
\$0 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Premier (PPO) 004:
\$143 al mes |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Reliance (HMO-POS) 017-1:
\$55.60 al mes + \$2.80 reembolso de la Parte B | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Liberty (PPO) 007:
\$0 al mes + \$0.50 reembolso de la Parte B |
| <input type="checkbox"/> Blue adVantage Reliance (HMO-POS) 017-2:
\$55.60 al mes | <input type="checkbox"/> Blue adVantage Dual Plus (HMO-POS D-SNP) 019:
\$0 o \$38 al mes + \$2 reembolso de la Parte B |

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Opcional: Inicial 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__ / __ / ____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: ()
---	---	----------------------------

Dirección de la residencia habitual, (no indique un apartado postal): Aviso: Para las personas que se encuentran sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia habitual):

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección habitual (puede ser un apartado de correos):
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda a estas preguntas:

¿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 de Grupo para 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 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, reconozco que Blue Advantage compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Norma de la Ley de Privacidad que figura a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde puede afectar a su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo 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 de «Evidencia de Cobertura» de Blue Advantage (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Blue Advantage pagarán 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 legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si la firma un representante autorizado (según se ha descrito arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme la ley estatal al 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 complete los siguientes campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2 - Todos los campos de esta sección 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 tengo origen hispano, latino o español

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

Sí, puertorriqueño

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

Sí, cubano/a

Prefiero no contestar.

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que le corresponde a usted.

Indio americano o nativo de Alaska

Negro/a o afroamericano/a

Asiático:

Nativo/a de Hawai y de las islas del Pacífico

Indio asiático/a

Guamanés o chamorro/a

Chino/a

Hawaiano nativo/a

Filipino/a

Samoano/a

Japonés/a

Otro isleño del Pacífico

Coreano/a

Blanco/a

Vietnamita

Prefiero no contestar.

Otros asiáticos

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

Mujer

Utilizo un término diferente: _____

Hombre

Prefiero no contestar.

No binario

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que se considera usted mismo? Seleccione uno.

Lesbiana o gay

Utilizo un término diferente: _____

Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana

No sé

Bisexual

Prefiero no contestar.

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

Hindi

Italiano

Portugués

Francés criollo

Polaco

Japonés

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato adaptado a sus necesidades por discapacidad.

Braille Letra de mayor tamaño CD de audio CD de datos

Póngase en contacto con Blue Advantage llamando al 1-800-363-9152 si necesita información en un formato adaptado a sus necesidades por discapacidad distinto al indicado anteriormente. Nuestro horario de oficina 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

¿Su esposo/a trabaja? Sí No

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

Deseo 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 de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés), cada mes.**

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.

Sólo para personas que ayuden al afiliado a rellenar este formulario

Complete esta sección si usted es un particular (es decir, agentes, corredores de seguros, asesores del SHIP, familiares u otros terceros) que ayude a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Firma: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer 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 y como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN, en inglés) "Medicare Advantage Medicamentos con receta (MARx)", N° de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde puede afectar a su inscripción en el plan.

Información que debe incluirse en o con el Mecanismo de inscripción - Declaración del cumplimiento de los requisitos para un Periodo 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.

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, cumple los requisitos para el Periodo de Afiliación. Si posteriormente 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. Salí 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) _____.
- Hace poco tiempo tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta 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/me mudaré a/dejaré el centro el (insertar fecha) _____.
- Dejé recientemente un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) en (escriba la fecha) _____.
- Recientemente he perdido involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido 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 finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza 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. Fui dado de baja del Plan de Necesidades Especiales el (insertar 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 mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido a la catástrofe.

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 reúne los requisitos para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.