

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual

Instrucciones del plan de Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren unirse a un plan de Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en ese país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: para unirse a un plan de Medicare Advantage, también debe contar con:

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (en el caso de la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber adquirido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las cuales se le permite unirse a los planes o a cambiar de un plan a otro.

Para obtener más sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul)
- Su domicilio de residencia permanente y su número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Según la Ley de Reducción de Papeleo que se sancionó en 1995, no es necesario que una o varias personas respondan a una recopilación de información, salvo que esta incluya un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB que corresponde a esta recopilación de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo promedio necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluso el tiempo para analizar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, obtener los datos que sean necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los plazos estimados o tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: Funcionario de Autorización de Informes de PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE. No envíe este formulario ni ningún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los documentos que obtengamos y que no traten sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (según se describe brevemente en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede luego?" que aparece en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si quiere unirse al plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima que se cobre en concepto de este. Puede optar por registrarse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Debe enviar el formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enrollment
P.O. Box 3236, Scranton PA 18505

Una vez que procesen su solicitud para unirse al plan, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo solicito ayuda para completar este formulario?

Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 1-844-331-6334. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-473-0394/711 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 inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE LOS MARQUE COMO OPCIONALES)			
Seleccione el plan al cual desea unirse:			
Área de Servicio <i>Basado en el condado en el que reside.</i>		Plan y prima	
MARYLAND: Allegany, Anne Arundel, Carolina, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Howard, Harford, Kent, Montgomery, Prince George, Queen Anne, Talbot, Calvert, Frederick. Santa María, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester. No disponible en la ciudad de Baltimore ni en el condado de Baltimore.		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO) <input type="radio"/> Prima: \$0 por mes	
MARYLAND: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, ciudad de Baltimore, Carolina, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Howard, Harford, Kent, Montgomery, Prince Georges, Queen Anne's, Talbot, Calvert, Frederick. St Mary's, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) <input type="radio"/> Prima: \$42 por mes	
DISTRITO DE COLUMBIA:		CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO) <input type="radio"/> Prima: \$42 por mes	
INFORMACIÓN DE CONTACTO			
NOMBRE de pila:		APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Número de teléfono	Teléfono celular (opcional):
Dirección de residencia permanente (Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección permanente.):			Condado (opcional):
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente (se puede ingresar apartado postal):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico: (opcional)			
SU INFORMACIÓN DE MEDICARE			
Número de Medicare:		Fecha de entrada en vigencia de la parte A:	Fecha de entrada en vigencia de la parte B:
RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre de otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:	

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN	
<p>Normalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que le permiten inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Por favor, lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente, y <input checked="" type="checkbox"/> marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podría cancelar su inscripción.</p>	
<input type="checkbox"/>	Soy nuevo en Medicare.
<input type="checkbox"/>	Voy a realizar un cambio durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) del 1 de enero al 31 de marzo.
<input type="checkbox"/>	Hace poco me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir en el exterior de forma permanente. Regresé a los EE. UU. el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente obtuve mi estado de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Extra para el pago de la cobertura de medicamentos con receta Medicare (acabo de obtener Ayuda Extra, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para el pago de mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
<input type="checkbox"/>	Me voy a mudar a, vivo en, o recientemente me mudé de un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me he mudado/me mudaré a/desde el centro el (insertar fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Recientemente dejé un programa PACE el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	De forma involuntaria acabo de perder mi cobertura de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Voy a dejar la cobertura de mi empleador o del sindicato el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.
<input type="checkbox"/>	Mi plan termina este contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
<input type="checkbox"/>	Medicare me inscribió en un plan (o mi estado) y quiero elegir un plan distinto. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Me inscribieron en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción del SNP el (introduzca la fecha) _____.
<input type="checkbox"/>	Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA) o resulté afectado por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido a un desastre.
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito en un plan que ha sido identificado con el icono de bajo rendimiento (LPI).

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)	
	Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de Inscripción General (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
	Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un período de inscripción especial para el que calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 844-331-6334 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, 7 días a la semana de 8 a. m a 8 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m a 8 p. m.	
SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES	
Responder a estas preguntas depende de usted. No se le puede negar la cobertura porque no las responde.	
¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todas las opciones que correspondan.	
<input type="radio"/> No, no de origen hispano, latino o español <input type="radio"/> Sí, mexicano, méxico-estadounidense, chicano <input type="radio"/> Sí, puertorriqueño. <input type="radio"/> Sí, cubano <input type="radio"/> Sí, otro origen hispano, latino o español. <input type="radio"/> Elijo no responder	
¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.	
<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Indio asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Guameño o chamorro <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Otro asiático <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico <input type="radio"/> Samoano <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Prefiero no responder	
¿Cuál es su género? Seleccione una opción:	
<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Utilizo un término diferente: _____ <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> No binario	
¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de si mismo? Seleccione una opción:	
<input type="radio"/> Lesbiana o gay <input type="radio"/> Utilizo un término diferente: _____ <input type="radio"/> Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana. <input type="radio"/> No lo sé. <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Prefiero no responder	
Marque esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma que no es inglés.	
<input type="radio"/> Español	
Marque esta opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible.	
<input type="radio"/> Braille <input type="radio"/> Letra grande <input type="radio"/> CD de audio <input type="radio"/> CD de datos	
Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-536-2001 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indica más arriba. Atendemos en el horario de 8 a. m. a 8 p. m., (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos en el horario de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.	
¿Trabaja? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier sanción por inscripción tardía que actualmente tenga en curso o pueda adeudar en la actualidad) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos (TEF) por mes. **También puede optar por pagar la prima mediante una deducción automática de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.**

La Administración del Seguro Social le notificará si, como resultado de la evaluación, se determina que debe pagar el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Si usted tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), debe pagar este importe adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o RRB directamente le facturarán ese monto. No pague a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage el IRMAA de la parte D.

Las personas con ingresos limitados podrán calificar para recibir **Ayuda Extra** para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podrá pagar los costos de sus medicamentos, que incluyen las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta **Ayuda Extra**, contacte a su oficial de 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/medicare/part-d-extra-help.

Si califica para recibir **Ayuda Extra** con los costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubre Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, le enviaremos una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura por correo
- Transferencia electrónica de fondos (TEF) de la cuenta bancaria todos los meses. Autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir la prima mensual de mi plan de mi cuenta bancaria. Entiendo que el débito de mi cuenta se realizará el día 5 de cada mes o el siguiente día bancario. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:	Número de enrutamiento del banco:
Número de cuenta bancaria:	Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Comprobando <input type="radio"/> Guardando

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).
Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB
(La deducción del Seguro Social o la RRB puede demorar dos o más meses en comenzar a efectuarse después de que estos organismos la aprueben. 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 RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por el pago de sus primas mensuales).

Por la presente autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir de mi cuenta indicada anteriormente mi prima mensual del plan y cualquier multa por inscripción tardía, según corresponda.

Este acuerdo de autorización entra en vigencia a partir de la fecha de la firma que figura a continuación y permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage haya recibido de mi parte una notificación por escrito sobre su terminación en el momento y la manera adecuados para brindarle a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y a la Institución Financiera una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Si la información de mi institución financiera cambia, acepto enviar a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage un Acuerdo de autorización de EFT actualizado. Las transacciones EFT se realizarán el día 5 de cada mes por el monto del saldo adeudado en primas mensuales del plan y multas por inscripción tardía, si corresponde, para el mes actual.

Cómo cancelar el retiro automático:

Las solicitudes de terminación deben recibirse antes de que finalice el mes anterior a la fecha de terminación (por ejemplo: La terminación es el 1 de octubre por lo que la solicitud debe recibirse antes del 30 de septiembre). Su retiro automático no se detendrá a menos que la solicitud de terminación se reciba antes del final del mes anterior al próximo retiro. Las solicitudes de terminación se pueden enviar por fax al 855-215-6947 o por correo postal a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Atención: Premium Billing, P.O. Box 3236 Scranton, PA 18505 Las solicitudes de terminación se procesarán en el orden en que se reciban. Usted será responsable de cualquier cargo en el que incurra su banco, como por ejemplo fondos insuficientes (NSF).

SECCIÓN 4: IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Debo mantener el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en el plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.
- Al unirme al plan de Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, empresa que podrá usarla para hacer el seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y cumplir otros fines permitidos por la ley federal para la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se incluye a continuación).
- Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- La información que se incluye en el presente formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa en este formulario a sabiendas, me quitarán la inscripción en el plan.
- Comprendo que, en general, las personas que tienen Medicare no cuentan con esa cobertura mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada a la que pueden acceder cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que cuando mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage comienza, debo obtener todos mis beneficios de atención médica y medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. También se cubrirán los beneficios y servicios que brinda CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y que se incluyen en mi documento "Evidencia de Cobertura" de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (que también se denomina contrato de los afiliados o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage pagarán por los beneficios o los servicios que no están cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada a actuar en mi representación) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo su contenido. En caso de que un representante autorizado la firme (según se describe más arriba), esa firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a la legislación estatal para llenar la presente inscripción.
 - 2) La documentación que la faculta a esa persona está disponible a pedido de Medicare.

Firma

Fecha de Hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y complete esos campos.

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono

Relación con el afiliado:

SECCIÓN 5—SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDAN AL AFILIADO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre:	Relación con el afiliado:
Firma	Número de productor nacional (solo agentes/corredores):

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) reúnen la información de los planes de Medicare para hacer el seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y los artículos 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) N.o 09-70-0588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Para uso de la oficina/el agente únicamente	
Fecha de recepción inicial	
Nombre de la Organización de Marketing de Campo (FMO, por sus siglas en inglés):	
N.º de identificación del plan:	Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura
Preferencia del período de elección: ICEP/IEP: ____ AEP: ____ SEP (tipo): ____ No elegible: ____	
Código/Opción de Plan	

Envíe la solicitud completa a:

CareFirst Advantage Inc.
P.O. Box 3236
Scranton PA 18505

O envíe un fax al: 1-855-215-6948

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO que posee un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS[®], BLUE SHIELD[®] y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.