



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.

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 833-536-2001. 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.

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.

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.

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:

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)

Maryland Prima: \$0 por mes

Washington, D.C. Prima: \$0 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 (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? Sí No

Nombre de otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
---------------------------	---	--------------------------------------

¿Es usted un jubilado militar o un veterano de los EE. UU.? ¿Servicios uniformados? (opcional)

Sí, militar jubilado Sí, veterano No

¿En qué rama del ejército sirvió? (opcional)

Fuerza Aérea Ejército Guardia Costera Cuerpo de Marines Armada Fuerza Espacial

Cuerpo Comisionado de la NOAA Cuerpo Comisionado de la PHS

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 responda.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todas las opciones que correspondan.

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano-estadounidense, chicano
- Sí, puertorriqueño.
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español.
- Prefiero no responder**

¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
- Chino Filipino Guameño o chamorro Japonés Coreano
- Nativo de Hawái Otro asiático Otro isleño del Pacífico Samoano
- Vietnamita Blanco Otro **Prefiero no responder**

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- Mujer Utilizo un término diferente: _____
- Hombre **Prefiero no responder**
- No binario

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de sí mismo? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay Utilizo un término diferente: _____
- Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana. No lo sé.
- Bisexual **Prefiero no responder**

Marque esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma que no es inglés.

- Español

Marque esta opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de datos CD de audio

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?

- Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

- Sí No

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

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 **✓ 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.

	Soy nuevo en Medicare.
	Voy a realizar un cambio durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
	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.
	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)_____.
	Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (introduzca la fecha)_____.
	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)_____.
	Recientemente obtuve mi estado de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el (introduzca la fecha)_____.
	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)_____.
	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)_____.
	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.
	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)_____.
	Recientemente dejé un programa PACE el (introduzca la fecha)_____.
	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)_____.
	Voy a dejar la cobertura de mi empleador o del sindicato el (introduzca la fecha)_____.
	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.
	Mi plan termina este contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
	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)_____.
	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)_____.
	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.

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)	
	Estoy inscrito en un plan que ha sido identificado con el icono de bajo rendimiento (LPI).
	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 <833-536-2001>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 3: IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro MA o plan (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 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: <ol style="list-style-type: none"> 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 4—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	

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, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.