



2026

Guía de inscripción e información

Prestación de servicios a veteranos y jubilados militares de
Washington, D.C. y Maryland

CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD ADVANTAGE SALUTE (PPO)

What's inside

- 2 ¡Bienvenido!
- 3 ¿Qué es Medicare Advantage?
- 4 Atención de la salud que es conveniente para usted
- 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)
- 7 Obtenga más cuando elige CareFirst
- 10 ¿Es Salute adecuado para usted?
- 11 Descripción del plan
- 12 ¿Listo para inscribirse?
- 13 Qué esperar después de la inscripción
- 14 Recursos y formularios
- 16 Hoja de trabajo de comparación de planes
- 18 Lista de Verificación Previa a La Inscripción
- 20 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual
- 26 Formulario de Confirmación Sobre el Alcance de la Cita de Ventas
- 28 Notas



CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst) ha sido nombrada por el Ethisphere Institute como una de las **World's Most Ethical Companies®** (Compañías más éticas del mundo) durante 13 años consecutivos.

Los nombres y las marcas "World's Most Ethical Companies" y "Ethisphere" son marcas comerciales registradas de Ethisphere LLC.

¡Bienvenido!

Gracias por su interés en nuestro plan Medicare Advantage, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Salute (PPO)**.

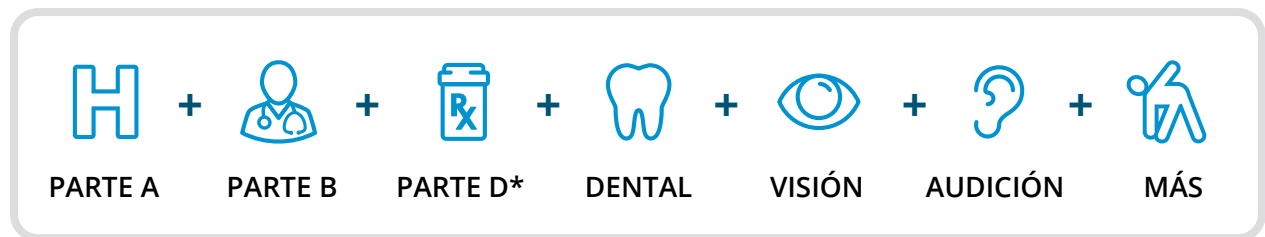
En CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst), reconocemos la fortaleza, la dedicación y el liderazgo que los veteranos aportan a cada aspecto de la vida. Estos valores, servicio, integridad y compromiso, son los que compartimos y nos esforzamos por reflejar en la forma en que brindamos atención a nuestros miembros.

Entendemos que la transición de la vida militar a la civil puede presentar desafíos únicos, especialmente a medida que los veteranos envejecen. Es por eso que creamos el plan Salute para apoyar la salud y el bienestar de veteranos y jubilados militares mayores de 65 años con una cobertura cuidadosa y personalizada que honra su servicio y satisface sus necesidades.



¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage, también conocido como la Parte C de Medicare, es un plan de salud aprobado por Medicare y ofrecido por compañías de seguros privadas como nosotros. Los planes Medicare Advantage agrupan la Parte A de Medicare (costos de hospital/instalaciones) y la Parte B de Medicare (costos de médicos/laboratorios/otros) con beneficios y servicios adicionales.



Con un plan Medicare Advantage, usted obtiene:

Comodidad: todos sus beneficios de Medicare en un solo plan. Si alguna vez necesita ayuda, solo tiene que llamar a un número.

Protección de costos: nuestro plan tiene límites anuales en sus gastos de bolsillo.

Beneficios adicionales que desea: beneficios que van más allá de las visitas al médico. La atención dental, de la audición y de la vista, el acondicionamiento físico y más forman parte del plan.

¿Soy elegible?

Usted es elegible para inscribirse en un plan CareFirst Medicare Advantage en los siguientes casos:

- Es elegible para la Parte A de Medicare y está inscrito y continúa pagando la Parte B de Medicare; y
- Vive en el área de servicio del plan: Maryland y Washington, D.C.



* La Parte D puede incluirse en algunos planes Medicare Advantage ofrecidos por compañías de seguros privadas. La cobertura de medicamentos recetados no está incluida en el plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.

Atención de la salud que es conveniente para usted

Empezar con el:

Original Medicare (Partes A y B)

- Proporcionado por Medicare, una agencia del gobierno federal.
- Para la mayoría, la Parte A es gratis. Su prima mensual de la Parte B se basa en sus ingresos anuales.
- Original Medicare solo cubre alrededor del 80 % de sus costos médicos después de que alcanza sus deducibles.

Puede agregar:

Un plan complementario de Medicare

- Usted paga una prima adicional todos los meses.
- Los planes complementarios de Medicare le ayudan a pagar los gastos médicos no cubiertos por Original Medicare.
- Ofrecido por compañías de seguros privadas.

También puede agregar un plan de medicamentos recetados

- Posiblemente deba pagar otra prima mensual.
- Ofrecido por compañías de seguros privadas.

O bien, puede obtener:

Un plan Medicare Advantage (Parte C)

- Incluye su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Puede incluir la Parte D de Medicare, que es la cobertura para medicamentos recetados.
- Generalmente incluye beneficios adicionales, como servicios dentales, de visión, de audición, clases de acondicionamiento físico, membresías en gimnasios y más.
- Además de su prima de la Parte B, solo tiene que pagar otra prima mensual.

La ventaja es clara

Un plan Medicare Advantage puede ser más conveniente y puede ahorrarle dinero al mismo tiempo que simplifica sus primas mensuales. Además, obtiene beneficios adicionales que pueden ayudarle a estar lo más saludable posible.



CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)

Nuestro plan está diseñado pensando en los veteranos y los jubilados militares. Salute no reemplaza su cobertura del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o de TRICARE For Life (TFL); la complementa al permitirle continuar consultando a sus médicos o proveedores de VA en la red de TFL.

Puede elegir acceder a los médicos de nuestra amplia red PPO de Medicare Advantage junto con su red actual de VA, lo que le brinda aún más acceso a los beneficios. El plan CareFirst Salute PPO es un plan solo de la Parte C de Medicare, con todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare incluidos.

Además, Salute ofrece beneficios adicionales, como los siguientes:



Audífonos



Servicios dentales sólidos



Acondicionamiento físico



Asignación para comestibles, servicios públicos o alquiler



Programas de administración de la atención médica



Y mucho más



¿Por qué unirse al Plan Salute?



Prima mensual de \$0

La coordinación de beneficios y costos compartidos con su cobertura actual significa bajos costos de bolsillo.



Beneficios de BlueCard

También tiene acceso a costos compartidos dentro de la red nacional con otros planes de Blue Cross Blue Shield.



Ahorre más con el reembolso de \$100 de la prima de la Parte B

Este plan ofrece \$100 para la prima de la Parte B, que se deduce automáticamente cuando se inscribe en el plan.



Disfrute de los beneficios adicionales

Servicios dentales, de audición, de la visión, acondicionamiento físico, transporte, asignaciones para artículos de venta libre, comestibles, alquiler, servicios públicos y más.



Conserve sus proveedores actuales

Los veteranos y jubilados militares mantendrán su cobertura actual y tendrán cobertura adicional a través del agregado de cobertura adicional.

Los miembros de Salute también pueden continuar consultando a todos los médicos a los que consultan actualmente o usar nuestra sólida red local de más de 7,000 proveedores.



Ponga el foco en su salud

El plan Salute incluye cobertura adicional necesaria para ayudarle a llevar un estilo de vida saludable, desde programas de administración de la atención hasta servicios virtuales sin costo.

Estamos aquí para usted

Si tiene alguna pregunta, llame al 833-473-0394 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p. m., hora del este (ET), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

Para conocer más, visite carefirst.com/medicareadvantage o llame para programar una cita individual con un agente de ventas autorizado.



Obtenga más cuando elige CareFirst

Nuestro plan Salute incluye lo siguiente:

- | | |
|---|--|
|  Prima mensual de \$0 |  \$100 para su prima de la Parte B de Medicare |
|  Tarjeta prepaga para atención de la salud |  Asignación para artículos de venta libre |
|  Beneficios dentales preventivos |  Servicios dentales integrales |
|  Exámenes oftalmológicos de rutina y anteojos |  Examen de audición y audífonos |
|  Asignación para comestibles, servicios públicos o alquiler* |  Visitas de telesalud con proveedores de la red |
|  Servicios de emergencia y servicios de urgencia necesarios en todo el mundo |  Transporte |
|  Acondicionamiento físico SilverSneakers® |  Healthy Rewards (un programa de salud y bienestar) |
|  Visitas de podología, acupuntura y quiropráctico |  Cuidados paliativos |

Cobertura en todo el país en la que puede confiar

Ser miembro de CareFirst le brinda la tranquilidad de que siempre tendrá acceso a la atención que necesita, cerca y lejos. Tiene acceso a una sólida red de proveedores dentro de nuestra área de servicio: Maryland y Washington, D.C. Además, tiene acceso a todos los planes Blue Cross BlueShield en todo el país para recibir servicios dentro de la red si alguna vez necesita atención fuera de nuestra área de servicio.



* Los miembros deben tener una afección elegible para recibir una asignación para comestibles, servicios públicos o alquiler.

Comestibles, servicios públicos o alquiler

Asignación mensual para miembros con afecciones elegibles, para comprar comestibles en su localidad, pagar facturas de servicios públicos, incluidos Internet y teléfono, o para pagos de alquiler o hipoteca (opciones de reembolso disponibles).

Telesalud

¿Necesita reunirse con proveedores desde su hogar? Con nuestro plan, tiene opciones para citas por audio y video.

Consulte a su médico de cuidados primarios, especialista, proveedores de atención de salud mental o atención de urgencia para conocer si tienen opciones de telesalud y si usted está cubierto a través del plan.

Servicios dentales preventivos e integrales

Una boca sana es un signo de un cuerpo saludable. Nuestro beneficio dental preventivo cubre exámenes bucales, limpiezas, tratamiento con flúor y radiografías dentales tres veces al año.

Nuestro plan cuenta con servicios dentales integrales (como cobertura de dentaduras postizas) con una asignación del plan y copagos transparentes.

Exámenes de la vista y protección ocular

La buena visión no solo es crucial para su salud general, sino que también afecta su calidad de vida.

Nuestra cobertura de exámenes de la vista de rutina incluye dilatación y refracción, y ofrecemos asignaciones para marcos y lentes de contacto. La red incluye Visionworks, Target, Walmart, Costco, MyEyeDr, Pearle Vision y más.

Audífonos y exámenes

Exámenes de audición de rutina sin costo, ajuste y evaluación de audífonos, y copagos bajos o sin copagos para audífonos (muchas opciones para elegir).

Acondicionamiento físico SilverSneakers®

Sin costo adicional, tendrá acceso a miles de gimnasios en los EE. UU., así como a clases virtuales.

- **Clases de acondicionamiento físico:** SilverSneakers ofrece clases de acondicionamiento físico para todos los niveles de acondicionamiento físico dirigidas por instructores capacitados.
- **Recursos en línea:** ¿No puede ir al gimnasio o se siente más seguro haciendo ejercicio en casa? Asista a clases en línea, talleres y más a través de **SilverSneakers.com** y la aplicación SilverSneakers GO.

Artículos de venta libre

Una asignación trimestral para artículos de venta libre a través de un proceso de pedido por correo fácil de acceder.

Por ejemplo:

- Medicamentos para tratar resfríos, gripe y alergias
- Primeros auxilios
- Suministros para la incontinencia
- Artículos para favorecer el sueño
- Vitaminas y más

Transporte

Este plan incluye transporte que no sea de emergencia a lugares relacionados con la atención de la salud (consultorio del médico, farmacia y más).

SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Programa Healthy Rewards

La atención preventiva desempeña un papel importante para mantenerse saludable.

Los miembros pueden ganar \$180 en recompensas saludables cuando se realicen estos exámenes de detección:

- Evaluación de riesgos de salud
- Consulta anual de bienestar
- Vacuna anual contra la gripe
- Visita al médico después de una hospitalización
- Examen de detección de cáncer colorrectal en el hogar
- Examen de detección de cáncer de mama
- Prueba de detección de diabetes HbA1C
- Examen de retina para diabéticosEvaluación de la salud renal

¿Sus médicos participan en nuestro plan Medicare Advantage?



Contamos con una red de más de 7,000 proveedores. Explore nuestra red de Medicare Advantage con nuestra herramienta *Find A Doctor* (*Encontrar un médico*). Es rápido y fácil:

- Visite carefirst.com/findadocmappo.
- Ingrese su ciudad y estado o código postal.
- Explore por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades.



¿Es Salute adecuado para usted?

Nuestro plan **Salute** amplía el acceso a los médicos para incluir nuestra red Medicare Advantage PPO junto con la red actual de veteranos, lo que proporciona aún más acceso a los beneficios que se merece.

Además, Salute ofrece beneficios adicionales, como devolución de la Parte B; audífonos; servicios dentales sólidos; acondicionamiento físico; traslados a citas médicas; asignación para comestibles; servicios públicos, alquiler y mucho más.

Aspectos destacados del plan

- Prima mensual de \$0.
- \$100 para el pago de su prima de la Parte B.
- \$0 de deducible médico.
- Servicios dentales preventivos; atención dental integral \$1,000
- \$200 para anteojos; \$250 para lentes de contacto.
- Exámenes de la audición de rutina.
- Cobertura de servicios de acupuntura, quiropráctica y podología de rutina.
- Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers.
- Red extensa de proveedores.
- 50 % por la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.



¿Quién podría elegir el plan Salute? Conozca a Terence



Terence utiliza su cobertura médica regularmente a través de las instalaciones de VA cerca de él. Le interesan beneficios adicionales como cobertura dental y de la vista, traslados a citas, y beneficios de bienestar y recompensas adicionales en su plan.

Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Salute** puede ser adecuado para Terence. Tendrá acceso a beneficios como atención dental integral, acupuntura y atención quiropráctica, programas de acondicionamiento físico y más.

Descripción del plan

**PRIMA
MENSUAL**

\$0

**REEMBOLSO
DE LA PRIMA
DE LA PARTE B**

\$100

Resumen

- **Deducible médico:** \$0
- **Desembolso máximo:** \$5,900 dentro de la red/\$8,950 combinados dentro y fuera de la red

Copagos de beneficios destacados

- Visita al médico de cuidados primarios: \$0
- Visita a un especialista: \$35
- Visita de atención de urgencia: \$0-25
- Visita de cuidado de emergencia: \$110
- Estadía en el hospital como paciente hospitalizado
Días 1-5: \$335 por día
Días 6-90: \$0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: \$250
- Centro quirúrgico ambulatorio: \$200
- Estadía en un centro de enfermería especializado
Días 1-20: \$0 por día
Días 21-100: \$200 por día
- Examen de la audición de rutina: \$0
- Examen de la vista de rutina: \$0
- Atención dental preventiva (limpiezas, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor): \$0
- Servicios dentales integrales (coronas, dentaduras postizas, implantes y más) con una asignación anual del plan de \$1,000
- Transporte: copago de Copago de \$0 por 24 vajes de ida por anos

Área de servicio

Incluye todos los condados de Maryland y Washington, D.C.



¿Listo para inscribirse?

PASO 1

Compare este plan con su cobertura actual

Use la hoja de trabajo que se encuentra en la página 16 de este folleto o llámenos al 833-473-0394 para obtener una revisión de beneficios personalizada gratis que le ayudará a determinar qué plan se adapta mejor a sus necesidades.

PASO 2

Seleccione un plan que se ajuste a sus necesidades

¿Planea conservar a su médico o sus especialistas actuales? Confirme si están en nuestra red de Medicare Advantage.

- Visite carefirst.com/findadocmappo.
- Ingrese su ciudad y estado, o código postal
- Explore por categoría o busque nombres de proveedores o especialidades.

PASO 3

Presente su solicitud en línea, por teléfono, fax o correo postal

- **En línea:** nuestro formulario protegido en línea lo guía paso a paso en el proceso de inscripción. ¡Es fácil! Visite carefirst.com/medicareadvantage.
- **Teléfono:** obtenga ayuda personalizada para la inscripción de parte de un agente de ventas con licencia al 833-473-0394 (TTY: 711).
Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p. m., hora del este (ET), los 7 días de la semana, de 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p. m., hora del este (ET).
- **Por correo postal:** complete el formulario de inscripción incluido en este folleto y envíelo por correo a la siguiente dirección:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Enrollment

PO Box 915
Owings Mills, MD 21117



Qué esperar después de la inscripción

Primero, revisaremos su solicitud de inscripción para asegurarnos de que esté completa. También verificaremos cuidadosamente que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad.

A continuación, le enviaremos una carta o un correo electrónico para confirmar que hemos recibido su formulario de inscripción. También le informaremos a Medicare que usted ha solicitado unirse a nuestro plan.

Dentro de los 10 días calendario de la confirmación de su inscripción por parte de Medicare, le informaremos la fecha en que comienza su cobertura del plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.

Poco después de eso, le enviaremos por correo su nuevo paquete de bienvenida para miembros. También le enviaremos su nueva tarjeta de identificación de miembro. Su paquete de bienvenida le proporcionará información útil sobre cómo aprovechar al máximo su nuevo plan.

Recursos y formularios

Se ha dejado en blanco intencionalmente

Hoja de trabajo de comparación de planes

Compare los costos de su plan actual con CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Salute**. Simplemente ingrese la información de su plan a continuación y vea si puede ahorrar al cambiarse a nuestro plan.

	Plan actual	Salute
Prima mensual	\$	\$0
Deducible médico	\$	\$0
Desembolso máximo para gastos médicos	\$	\$5,900/\$8,950
Copago por visita al médico de cuidados primarios	\$	\$0
Copago por visita a un especialista	\$	\$35
Copago por visita de atención de urgencia	\$	\$25/\$0 virtual
Copago por examen de la vista de rutina	\$	\$0
Copago por atención dental preventiva	\$	\$0
Copago por atención dental integral	\$	\$15–700
Asignación para servicios dentales integrales	\$	\$1,000
Copago por examen de la audición de rutina	\$	\$0
Membresía en gimnasios/para acondicionamiento físico	\$	\$0
Transporte: 24 viajes de ida	\$	\$0
Artículos de venta libre	\$	\$40

Se ha dejado en blanco intencionalmente

Lista de Verificación Previa a La Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 833-536-2001 (TTY: 711).

La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite carefirst.com/medicareadvantage o llame al 833-536-2001 para obtener una copia de la EOC.

Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente forman parte de la red. Si no están en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.

Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente deba seleccionar una farmacia nueva para surtir sus medicamentos recetados.

Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

Además de la prima mensual de su plan, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, la prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.

Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Los proveedores no contratados pueden negarle la atención, excepto en una situación de emergencia o urgencia.

Impacto sobre la cobertura actual Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención de la salud de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por una cobertura que no puede usar.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Dejado en blanco intencionalmente

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual

Instrucciones para el plan Medicare Advantage (Parte C)



¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Debe vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducciones de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enrollment, PO Box 915, Owings Mills, MD 21117

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con 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 833-536-2001/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 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, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social), puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta solicitud de información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y completar y revisar la solicitud de recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **IMPORTANTE!** No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en la OMB 0938-1378) se destruirá. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "¿Qué sucede luego?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)

☐ **Maryland:** prima de \$0 por mes

☐ **Washington, D.C.:** prima de \$0 por mes

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre		Apellido	Inicial del segundo nombre (opcional)
Fecha de nacimiento:	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Número de teléfono	Teléfono celular (opcional)

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: en el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente).

Condado (opcional)	Ciudad
Estado	Código postal
Dirección postal si es diferente a su dirección permanente (se permite un 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 recetados (como del Departamento de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs, VA], TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura	Número de identificación de miembro para esta cobertura	Número de grupo para esta cobertura
-----------------------------	---	-------------------------------------

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

☐ Sí, jubilado militar ☐ Sí, veterano ☐ No

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES)

¿Con qué rama del ejército sirvió? (opcional)

- ☐ Fuerza aérea ☐ Ejército ☐ Guardia costera ☐ Cuerpo de marines ☐ Marina
☐ Fuerza espacial ☐ Corporaciones comisionadas de la NOAA
☐ Corporaciones comisionadas del PHS

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- ☐ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ 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 diferente de los mencionados. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No**INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN**

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque con un ☒ la **casilla** si la afirmación corresponde a su caso. Al seleccionar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su cobertura.

☐	Tengo Medicare por primera vez.
☐	Estoy realizando un cambio durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
☐	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) del 1.º de enero al 31 de marzo.
☐	Estoy en un plan Medicare Advantage y he tenido Medicare durante menos de 3 meses. Deseo hacer un cambio entre el 4/1 y el 12/31.
☐	Me acabo de mudar fuera del área de servicio de mi plan vigente o me acabo de mudar y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.
☐	Ya tengo seguro de hospital (Parte A) y me inscribí recientemente en el seguro médico (Parte B). Quiero afiliarme a un plan Medicare Advantage.
☐	He tenido Medicare en el pasado, pero ahora cumpliré 65 años.

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)	
	Tengo cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) a través de un plan Medicare Advantage. Quiero unirme a un plan de salud de Medicare diferente que no ofrezca cobertura de medicamentos, para poder cambiarme a una cobertura de medicamentos no acreditable para Medicare.
	Recientemente salí de prisión. Salí el (ingresar fecha) _____.
	Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (ingresar fecha) _____.
	Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (ingresar fecha) _____.
	Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresar fecha) _____.
	Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.
	Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej., un centro de enfermería especializada o centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro o dejaré de vivir allí el (ingresar fecha) _____.
	Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (ingresar fecha) _____.
	Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingresar fecha) _____.
	Me inscribiré en la cobertura de un empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.
	Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
	Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.
	Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para tener ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (ingresar fecha) _____.
	Me afectó una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí expresadas se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
	Estoy inscrito en un plan identificado con el icono de bajo desempeño (low performing icon, LPI).
	Me inscribí en la Parte A (seguro de hospital) o la Parte B (seguro médico) durante un período de inscripción especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero unirme a otro plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con su corredor o con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 833-987-0765 para ver si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p. m., hora del este, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m.	

SECCIÓN 3—IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Deberé conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez; y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes de Cobertura privada de tarifa por servicio [Private Fee For Service, PFFS] de MA y de Cuenta de ahorros para gastos médicos [Medical Savings Account, MSA] DE MA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, deberé obtener todos mis beneficios médicos de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y serán incluidos en el documento Evidencia de cobertura del plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del beneficiario de la póliza). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén incluidos en la cobertura.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- 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 entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 1. Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición 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 asegurado

PARA QUE LO COMPLETEN SOLO LAS PERSONAS QUE AYUDAN AL ASEGURADO CON ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es un individuo (es decir, un agente de seguros, un corredor, un asesor del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], un familiar u otro tercero) que ayudó al asegurado a completar este formulario.

Nombre	Relación con el asegurado
Firma	Número de productor nacional (solo agentes de seguros/corredores)

Solo para uso del consultorio/agente de seguros

Nombre del agente de seguros (en letra de imprenta)

NPN del agente de seguros	Firma del agente de seguros
---------------------------	-----------------------------

Fecha de recepción inicial

Nombre de la Organización de marketing de campo (Field Marketing Organization, FMO)

N.º de identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
--------------------------------	--

Período de elección

ICEP/IEP _____ AEP _____ SEP (tipo) _____ No elegible _____

Código del plan/Opción del plan

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Federal Code Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is a PPO plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends upon contract renewal.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Formulario de Confirmación Sobre el Alcance de la Cita de Ventas



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren a los agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas para asegurarse de que comprenden lo que conversarán con el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se incluya en este formulario será confidencial, y cada persona deberá completarlo junto con un agente de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales al lado del tipo de producto sobre el cual desea conversar con el agente. Si no desea que el agente converse sobre un tipo de plan con usted, deje la casilla sin completar.

PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)
Organización de proveedores preferidos de Medicare (PPO): un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de Medicare Original Parte A y Parte B y, a veces, tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales en red, pero también puedes utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
PLANES DE MEDICARE SUPPLEMENT (MEDIGAP)
Planes de Medicare Supplement (Medigap): planes de seguros que contribuyen a pagar una parte de los gastos de bolsillo que no se abonaron con el plan original de Medicare (Partes A y B), tales como deducibles y montos de coseguros que corresponden a los servicios aprobados de Medicare.
PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE MEDICARE (SNP)
Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP)— Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Ejemplos de grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA
Al firmar este documento, usted acepta tener una reunión de venta con el agente de ventas para conversar sobre los tipos específicos de productos en los cuales escribió sus iniciales más arriba. La persona que conversará sobre las opciones de planes con usted trabaja para un plan de medicamentos con receta o plan de atención médica de Medicare que no es el gobierno federal, y puede que reciba una remuneración en función de su inscripción en el plan. Al firmar este documento, usted NO estará obligado a inscribirse en un plan, su condición de inscripción actual o futura de Medicare no resultará afectada y tampoco será inscripto automáticamente en el (los) plan(es) sobre el (los) que haya conversado. Al brindar mi número telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas de un representante de CareFirst BlueCross BlueShield sobre los productos de Medicare Advantage, los planes de Medicare Supplement (Medigap) o los productos de Medicare Supplement al número que he proporcionado (incluya números de dispositivos móviles). Estas llamadas podrán ser realizadas mediante el uso de tecnología automatizada y no se requiere mi consentimiento para recibir las llamadas como condición para efectuar una compra.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA	
Teléfono del beneficiario (opcional):	
Firma	Fecha de la firma:
Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y aclare su firma en letra de imprenta a continuación:	
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	
Método Inicial de contacto (Indique aquí si el beneficiario tenía cita previa):	
Firma del agente:	Agente NPN:
Plan(es) que representó el agente durante esta reunión:	Fecha en que se completó la cita:
La documentación del Alcance de Cita (SOA, por su sigla en inglés) está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS	
Si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, brinde una explicación sobre por qué el SOA no se documentó antes de la reunión:	

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the shared business name of CareFirst Advantage, Inc. and CareFirst Advantage PPO, Inc. In the District of Columbia and Maryland, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. In Virginia, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. of Maryland (used in VA by: First Care, Inc.). CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., and First Care, Inc. are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Notas

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y Ayudas y Servicios Auxiliares

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-536-2001 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-536-2001 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

French

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-536-2001 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Simplified Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-536-2001（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

Korean

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-536-2001 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Tí ó bá jẹ pé o n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ ìtọjú ìrànlowó èdè wà ní àrówótó fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlowó àti isẹ ìtọjú tí ó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn àwòṣe tí ó ṣe é ló wà ní àrówótó lófẹẹ bákan náà. Pe 1-833-536-2001 (TTY: 711) tàbí kí o bá olùpèsè rẹ sọrọ.

Amharic

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጾች ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-833-536-2001 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-536-2001 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-536-2001 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-536-2001 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-536-2001 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-536-2001 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Farsi

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-536-2001 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-536-2001 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-833-536-2001 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Urdu

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1- (TTY: 711) 833-536-2001 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Y0154_H7379_MA03929IND_C



CONECTARSE CON NOSOTROS:



CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is a PPO plan with a Medicare contract. Enrollment in CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depends upon contract renewal. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage PPO, Inc., an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.