

# Instrucciones para la Inscripción

## ¿Quién puede usar este formulario?

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

### Para unirse a 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 tanto 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 información 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, a la atención de: Departamento de Ventas  
P.O. Box 915, Owings Mills, MD 21117

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 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 1-844-331-6334 (TTY: 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:

**DualPrime** • \$0-\$40.30 por mes (basado en su nivel de "Ayuda Adicional")

Nombre DE PILA:	APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):
-----------------	-----------	--

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Teléfono particular:	Teléfono móvil (opcional):
-----------------------------------	---	----------------------	----------------------------

Dirección de Correo Electrónico: (opcional)

Autorizo al plan de salud a enviarme mensajes de texto y correos electrónicos con recordatorios útiles, artículos y consejos sobre vida saludable, encuestas e información general sobre el plan. Entiendo que puedo optar por no recibir estos mensajes poniéndome en contacto con el Servicio para el Afiliado al 1-844-386-6762 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., ET, 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., ET, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

**Sí, me gustaría recibir mensajes.**  **No, no quiero recibir mensajes.**

Dirección de Residencia Permanente ( <b>no ingresar apartado postal</b> ):	Número de apartamento:
--	------------------------

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente ( <b>se puede ingresar apartado postal</b> ):	Número de apartamento:
--	------------------------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

**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**

1. ¿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:
---------------------------	---	--------------------------------------

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

En caso afirmativo, proporcione el número de 11 dígitos de Medicaid:

Para ser elegible para Dual Prime, usted debe tener un nivel de Medicaid de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) o Beneficio Completo de Dual Elegible (FBDE, por sus siglas en inglés).

3. ¿Es usted residente de un centro de larga duración como un hogar de ancianos?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", nombre del centro:	Número de teléfono del Centro:
---	--------------------------------

Dirección del centro:

Blanco = copia del plan Amarillo = copia del afiliado

## 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 mudé/me mudaré al/del centro el (introduzca la 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.
	Estoy inscrito en un plan que ha sido identificado con el icono de bajo rendimiento (LPI).

## INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

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 responda.

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

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

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

- Indio americano o nativo de Alaska       Negro o afroamericano  
 Asiático       Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  
 Indio asiático       Guameño o chamorro  
 Chino       Nativo de Hawái  
 Filipino       Samoano  
 Japonés       Nativo de otra isla del Pacífico  
 Coreano       Blanco  
 Vietnamita       **Prefiero no contestar.**  
 Otro país asiático

1. Marque una de las casillas siguientes si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible

- Spanish     Braille     Letra grande

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 1-844-386-6762 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. ET, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. hora del Este, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

2. ¿Trabaja?  Sí.     No.    ¿Su cónyuge trabaja?  Sí.     No.

3. Elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP). Consulte el sitio web del plan o el Directorio de proveedores y farmacias para elegir.

Nombre del PCP:

Dirección del PCP:

¿Está usted viendo actualmente o ha visto recientemente a este médico?  Yes     No

## 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 sus 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](http://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: Comprobando    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.

## PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

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 31 de marzo). 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 1-844-333-0610, Atención: Facturación de primas, o pueden enviarse por correo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Atención: Premium Billing, P.O. Box 915, Owings Mills, Maryland 21117. 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).

## 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).
- 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.
- 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 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.

**IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.**

**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.

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 inscrito:
---------------------	------------------------------------

**Solo para uso de los agentes**

Nombre del agente:	Identificación del agente:
--------------------	----------------------------

Fecha de recepción inicial:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:	Nivel LIS:
-----------------------------	---	------------

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan HMO-SNP con 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 DSNP Inc., licenciataria 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.