Formulario de solicitud de inscripción individual

Instrucciones para el plan Medicare Advantage (Parte C)

CareFirst Medicare Advantage

¿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 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 artículos 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 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?

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando 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 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 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, 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 solicitud 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 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 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 después?” 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:

ÁREA DE SERVICIO: *según el condado en el que resida.*	**PLANES Y PRIMAS**
MARYLAND: Allegany, Anne Arundel, Caroline, 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. **No está disponible en la ciudad de Baltimore ni en el condado de Baltimore.**	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Essential (PPO): prima de $0 por mes
MARYLAND: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, 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): prima de **$42 por mes**
DISTRITO DE COLUMBIA	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Complete (PPO): prima de **$42 por mes**

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre	Apellido	Inicial 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).

Ciudad	Condado (opcional)

Estado	Código postal

Dirección postal si es diferente a su domicilio permanente (se permite un apartado postal)

Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de correo electrónico (opcional)

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare	Fecha de vigencia de la Parte A	Fecha de vigencia de la Parte B

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como 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

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 de diciembre (Período de elección de cobertura inicial).
	Ya tengo cobertura hospitalaria (Parte A) y me inscribí recientemente en la cobertura médica (Parte B). Quiero afiliarme a un plan Medicare Advantage.
	Tuve Medicare antes, pero ahora cumplo 65 años.
	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) _____.
	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 (escriba la fecha) _____.
	Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos. Se me otorgó esta condición el (ingresar fecha)_____.
	Recientemente atravesé un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, atravesé 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 (escriba la 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) _____.

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)	
	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
	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) _____.
	Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos como persona con necesidades especiales para pertenecer a 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).
	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). Deseo unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o a 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 cual califiqué 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 agente o con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage llamando al 833-987-0765 para ver si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m.	

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 8:00 a. m. a 8:00 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, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja?	¿Su cónyuge trabaja?
◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No

SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DEL PLAN

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. **También puede optar por pagar la prima a través de deducciones automáticas del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual según sus ingresos para la Parte D (IRMAA de la Parte D). Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le facturarán directamente. No pague a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ***Ayuda Adicional*** para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no estarán sujetas al lapso sin cobertura o a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ***Ayuda Adicional***, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778. También puede solicitar la ***Ayuda Adicional*** en línea en **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

Si reúne los requisitos para recibir ***Ayuda Adicional*** con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

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

Seleccione una opción de pago de la prima:

◯ Reciba una factura por correo postal.

◯ Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual desde su cuenta bancaria. Autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir mi prima mensual del plan de mi cuenta bancaria. Entiendo que mi cuenta se deducirá el día 5 del mes o el siguiente día hábil. Adjunte un cheque con la palabra "VOIDED" (ANULADO) escrita a través del cheque o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta	Número de ruta bancaria
Número de cuenta bancaria	Tipo de cuenta ◯ Corriente ◯ Ahorros

◯ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de lo siguiente: ◯ Seguro Social ◯ RRB
(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más hasta que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. 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 de la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el inicio de las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Por la presente autorizo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage a deducir de mi cuenta mencionada 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 a continuación y debe permanecer en plena vigencia y efecto hasta que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su finalización de manera tal que le brinde a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y a la institución financiera la oportunidad razonable de actuar en consecuencia. Si la información de mi institución financiera cambia, acepto presentar a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage un Acuerdo de autorización de EFT actualizado. Las transacciones de EFT se producirán el día 5 del mes por el monto del saldo adeudado en las primas mensuales del plan y las penalizaciones por inscripción tardía, si corresponde, para el mes actual.

Cómo finalizar el retiro automático:
Las solicitudes de finalización deben recibirse antes del final del mes anterior a la fecha de finalización (p. ej., si la finalización es el 1 de octubre, la solicitud debe recibirse antes del 30 de septiembre). Su retiro automático continuará a menos que la solicitud de finalización se reciba antes de que termine el mes previo al próximo retiro. Las solicitudes de finalización pueden enviarse por fax al 855-215-6947, o por correo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Atención: Premium Billing, PO Box 915, Owings Mills, MD 21117. Las solicitudes de finalización se procesarán en el orden recibido. Usted será responsable de cualquier cargo incurrido por su banco, como fondos insuficientes (Non-Sufficient Funds, NSF).

SECCIÓN 4 – 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 o plan de la Parte D a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o plan de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- La información proporcionada en este formulario 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.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados 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.
- 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	Parentesco con el asegurado

PARA QUE LO COMPLETEN SOLO PERSONAS QUE AYUDAN AL ASEGURADO CON ESTE FORMULARIO	
Complete esta sección si es una persona (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	Parentesco con el asegurado
Firma	Número de productor nacional (agentes de seguros/corredores solamente)

Solo para uso del consultorio/agente	
Nombre del agente de seguros (en letra de imprenta)	
N.° de productor nacional 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.° de identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Período de elección Período de inscripción de cobertura inicial/Período de inscripción inicial _____Período de inscripción anual _____ Período de inscripción especial (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 es un plan PPO con un contrato de Medicare.
La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, Inc., 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 and Blue Shield.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 jẹ́ pé o ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìtọ́jú ìrànlọ́wọ́ èdè wà ní àrọ́wọ́tó fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti iṣẹ́ ìtọ́jú tí ó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn àwòṣe tí ó ṣe é lò wà ní àrọ́wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́ bákan náà. Pe 1-833-536-2001 (TTY: 711) tàbí kí o bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Amharic

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት 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 Sprachassistenzdienste 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 می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-536-2001 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده 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۔-1 833-536-2001 (TTY: 711) 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