Formulario de solicitud de inscripción individual

CareFirst Medicare Advantage

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.
- 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 artículos de la Sección 1. Los puntos 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?

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 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 esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo 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 (según se describe en el n.º de OMB 0938-1378) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "¿Qué sucedeluego?" 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)

Sus opciones de planes son: CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO).

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, Baltimore City, Baltimore County, Calvert, Caroline, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's, Somerset, Talbot, Washington y Wicomico	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO): prima de $47 por mes
MARYLAND: Carroll, Frederick, Kent, Queen Anne's, St. Mary's y Worcester **WASHINGTON, D.C.:** Distrito de Columbia	◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO): prima de $58 por mes

*Tenga en cuenta lo siguiente: Este plan tiene un límite de capacidad para la inscripción. Una vez que se alcance el límite de capacidad, se cerrará este plan y es posible que reciba una carta de denegación.

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 de su dirección permanente (se permite un apartado postal)

Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de correo electrónico (opcional)

Autorizo al plan de salud a enviarme por correo electrónico recordatorios útiles, artículos y consejos sobre vida saludable, encuestas e información general sobre el plan. Entiendo que puedo optar por no recibir estos mensajes. (Opcional)

◯ **Sí, deseo recibir mensajes de correo electrónico** ◯ **No, no deseo recibir mensajes de correo electrónico**

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A (opcional)	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B (opcional)

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

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 miembro para esta cobertura

Número de grupo para esta cobertura

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES

Responder estas preguntas es su decisión. 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?	¿Su cónyuge trabaja?
◯ Sí ◯ No	◯ 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 **✔ la casilla** si la afirmación corresponde a su caso. Al seleccionar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica 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). Deseo 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) _____.

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR SU PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)	
	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 _____.
	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) _____.
	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.º 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.º 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.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m.	

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:

◯ Recibir 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

Si cree que calificará para el Programa Estatal de Asistencia de Medicamentos Farmacéuticos (State Pharmaceutical Drug Assistance Program, SPDAP), no elija que su prima sea retenida a través del Seguro Social o la RRB. Dado que no hay conexión entre el SPDAP y el Seguro Social o la RRB, su prima total se deducirá del Seguro Social o la RRB.

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si se 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 deben pagar desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el inicio de las retenciones. Si no se aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DEL PLAN

Por el 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 vigor 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.º 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).

Pagos duplicados
Si elige que los pagos de sus primas se realicen con la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), tenga en cuenta que realizar pagos de primas con su tarjeta de crédito, tarjeta de débito, cuenta bancaria o inscribirse en pagos automáticos en el futuro puede dar lugar a pagos duplicados.

Si en algún momento decide suspender sus deducciones de primas de la SSA, debe comunicarse con la SSA para que se eliminen y para confirmar cualquier demora en el procesamiento de la solicitud.

SECCIÓN 4 — IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN. TODOS LOS CAMPOS EN ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS.

- 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 deliberadamente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del 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 la 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 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 ayuda 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.° de identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Opción del 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 es un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, 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.