CareFirst Medicare Advantage



2027

# Guía de inscripción e información

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO)

**PLANES DE CAREFIRST BLUECROSS BLUESHIELD MEDICARE ADVANTAGE**

Y0154_H7379_MA04861IND_M

# Esta guía contiene:


**1** ¡Le damos la bienvenida!

**2** ¿Qué es Medicare Advantage?

**3** Atención de la salud adaptada para usted

**4** Nuestro Medicare Advantage Plan

**5** Obtenga más al elegir CareFirst

**8** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO)

**10** Cobertura integral para medicamentos recetados de la Parte D

**12** ¿Listo para inscribirse?

**13** Qué esperar después de la inscripción

**14** Recursos y formularios

**15** Hoja de trabajo de comparación de planes

**16** Lista de verificación previa a la inscripción

**17** Formulario de solicitud de inscripción individual

**25** Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas

**27** Notas


2026 WORLD'S MOST ETHICAL COMPANIES® ETHISPHERE 14-TIME HONOREE

CareFirst BlueCross BlueShield (CareFirst) ha sido nombrada por el Instituto Ethisphere como una de las **World's Most Ethical Companies®** durante 14 años consecutivos.


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

# ¡Le damos la bienvenida!

Gracias por su interés en nuestro plan Medicare Advantage, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Signature (PPO)**. Decidir qué plan de Medicare es adecuado para usted es una decisión importante, y no debe apresurarse en tomarla.

Diseñamos un plan Medicare Advantage todo en uno—para que pueda mantenerse saludable y, al mismo tiempo, controlar sus costos de atención médica. En este folleto, encontrará toda la información que necesita para inscribirse en un plan Medicare Advantage que funcione para usted.



## Qué cubrimos:

- Aspectos básicos de Medicare Advantage
- Los beneficios de nuestro plan todo en uno
- Lista de los 100 principales medicamentos con receta
- Lista de verificación previa a la inscripción
- Solicitud

## Estamos aquí para usted

Si tiene alguna pregunta del 1.º de octubre al 30 de marzo, llame al 833-536-2001 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes.

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

# ¿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 combinan la Parte A de Medicare (costos de hospital/instalaciones) y la Parte B de Medicare (costos de médicos/laboratorios/otros costos) con beneficios y servicios adicionales.

PARTE A + PARTE B + PARTE D + DENTAL + VISTA + AUDICIÓN + MÁS

## Con un plan Medicare Advantage, 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**: los planes tienen límites anuales sobre 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.



## Cobertura de medicamentos recetados

Original Medicare no incluye cobertura de medicamentos recetados, también llamada Parte D de Medicare. Nuestros planes CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.

# Atención de la salud adaptada para usted

## Comience con:

**Medicare Original (Partes A y B)**

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

## Puede agregar un:

**plan complementario de Medicare**

- Paga una prima adicional cada mes
- Los planes complementarios de Medicare le ayudan a pagar los gastos médicos no cubiertos por Medicare Original.
- Ofrecido por compañías de seguros privadas.

**También puede agregar un plan de medicamentos recetados.**

- Es posible que 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 la vista, de audición, clases de acondicionamiento físico, membresías en gimnasios y más.
- Además de la 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.

# Nuestro Medicare Advantage Plan

Nuestro plan integral le brinda acceso a médicos, especialistas, hospitales, además de cobertura dental, de la visión y de la audición preventiva con primas **desde $47 por mes**.

## Elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en un plan CareFirst Medicare Advantage si cumple los siguientes requisitos:

- Es elegible para la Parte A de Medicare
- Si está inscrito en la Parte B de Medicare y sigue pagando por ella; y
- Vive en el área de servicio del plan:
  - Signature 1: Allegany, Anne Arundel, Baltimore City, Baltimore, Calvert, Caroline, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico.
  - Signature 2: Carroll, Frederick, Kent, Queen Anne's, St. Mary's, Worcester en Maryland y District of Columbia.

Si es elegible para Medicare y Medicaid y vive en Maryland, puede inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO). Comuníquese con nosotros al 888-532-0311 (TTY 711) o visite **carefirst.com/medicareadvantage** para obtener más información.



## ¿Necesita más información sobre la inscripción en Medicare?

Regístrese para un evento cerca de usted en **carefirst.com/medicareadvantage.** Los eventos se realizan desde mediados de octubre hasta principios de diciembre. Comuníquese con un agente autorizado llamando al **888-532-0311.**

# Obtenga más al elegir CareFirst

Nos comprometemos a ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar deseados.

## Todos los planes CareFirst Medicare Advantage incluyen:

- Beneficios dentales preventivos
- Exámenes de la vista de rutina y anteojos a través de proveedores de Davis Vision
- Acceso a una gran selección de farmacias en todo el país
- Beneficios de acondicionamiento físico
- Programas de administración de la atención médica
- Visitas de telesalud con proveedores de la red
- Servicios dentales integrales
- Examen de audición y audífonos a través de NationsHearing®
- Servicios de emergencia y servicios de urgencia necesarios en todo el mundo
- Healthy Rewards (un programa de salud y bienestar)

## Cobertura nacional en la que puede confiar

Ser miembro de CareFirst le brinda la tranquilidad de saber que siempre tendrá acceso a la atención que necesita, tanto cerca como 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 BlueCross BlueShield en todo el país para servicios dentro de la red** si alguna vez necesita atención fuera de nuestra área de servicio.

Se ha dejado en blanco intencionalmente

## Telesalud

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

Consulte a su proveedor de atención primaria (PCP), 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. Pague el mismo copago que una visita al consultorio.

## Servicios dentales preventivos e integrales

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

Nuestros planes incluyen servicios dentales integrales (como cobertura de dentaduras postizas) con una asignación del plan y copagos transparentes.

## Exámenes de la vista y anteojos

Ver bien no solo es crucial para su salud general; también afecta su calidad de vida.

Nuestra cobertura de exámenes de rutina de la vista incluye dilatación y refracción de un proveedor de Davis Vision (uno por año calendario). Nuestros planes también ofrecen asignaciones para marcos y lentes de contacto.

La red de Davis Vision incluye Visionworks, Target, Walmart, Costco, MyEyeDr, Pearle Vision y más.

## Audífonos y exámenes de audición

Exámenes de audición de rutina, ajuste y evaluación de audífonos sin costo, y copagos bajos para audífonos.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

## Beneficios de acondicionamiento físico

Sin costo adicional, tendrá acceso a miles de gimnasios en Estados Unidos así como a clases virtuales.

- **Clases de acondicionamiento físico:** SilverSneakers ofrece clases de acondicionamiento físico para todos los niveles, 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.

## Programa Healthy Rewards

La atención preventiva desempeña un papel importante para mantenerse saludable. Los miembros que se realicen todos estos exámenes de detección pueden ganar $180 en recompensas de Healthy Rewards.

- Consulta anual de bienestar
- Vacuna anual contra la gripe.
- 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 diabéticos
- Evaluación de la salud renal
- Visita al médico después de una hospitalización.

## ¿Sus médicos participan en nuestros planes Medicare Advantage?

¡Contamos con una red de más de 7,000 proveedores! Explore nuestra red con nuestra herramienta *Find A Doctor*. Visite **carefirst.com/findadocmappo.**

# CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO)

¿Piensa que un plan económico podría ser adecuado para usted? Nuestro plan **Signature** ofrece todos los beneficios de Medicare a costos más bajos, además de cobertura adicional para servicios oftalmológicos, dentales y de acondicionamiento físico.

Este plan cubre todos los conceptos básicos de Medicare, además de los medicamentos recetados. También obtiene muchos beneficios adicionales, como servicios dentales preventivos e integrales, exámenes de la vista de rutina y asignaciones para anteojos, exámenes de audición de rutina y cobertura de audífonos, y mucho más, sin prima mensual.

## Lo más destacado del plan

- $47–$58 de prima mensual
- Servicios dentales preventivos; servicios dentales integrales de $500
- Examen de la vista de rutina y asignación de $100 para anteojos; asignación de $100 para lentes de contacto
- Red extensa de proveedores
- Recompensas exclusivas para miembros por completar exámenes de detección anuales.
- 50 % de coseguro para la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare fuera de la red

## ¿Quién podría elegir el plan Signature? Conozca a Sofia



Sofia busca un plan económico. Comprende que es importante tener seguro médico, pero tiene ingresos fijos y no quiere gastar más de lo necesario. No le importa pagar un poco más por visita al consultorio si eso significa que tendrá una prima mensual más baja. Quiere un plan con cobertura de medicamentos recetados y beneficios adicionales, como ahorros en atención oftalmológica o membresías en acondicionamiento físico.

Nuestro plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Signature** puede ser adecuado para Sofia.

## CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO)

**Prima mensual**

**$47–$58**

**Deducible médico:** $320

**Deducible anual de medicamentos:** $600 niveles 3,4,5

**Máximo de gastos de bolsillo:** $7,151 dentro de la red / $12,000 combinado dentro y fuera de la red

### Categorías de medicamentos (suministro de un mes)

- Categoría 1 (medicamentos genéricos preferidos): $0
- Categoría 2 (medicamentos genéricos): $3
- Categoría 3 (medicamentos de marca preferidos): 20 % de coseguro*
- Categoría 4 (medicamentos no preferidos): 35 % de coseguro*
- Categoría 5 (categoría de medicamentos especializados): 26 % de coseguro*

### Copagos de beneficios destacados

- Visita al PCP: $0
- Visita a un especialista: $45
- Visita de atención de urgencia: $40
- Visita de cuidado de emergencia: $115
- Hospitalización
  Días 1 a 5: $325 por día
  Días 6 a 90: $0 por día
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: $0–$800
- Centro quirúrgico ambulatorio: $600
- Estadía en un centro de enfermería especializada:
  Días 1 a 20, $0 por día
  Días 21 a 100, $218 por día
- Examen de audición de rutina: $0
- Examen de la vista de rutina: $0
- Atención dental preventiva (limpiezas, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor): $0
- Atención dental integral (coronas, dentaduras postizas, implantes y más): asignación anual de $500 (la mayoría de los servicios tienen costos compartidos)
- Fuera de la red para la mayoría de los servicios cubiertos por Medicare: coseguro del 50 %

### Nuestras áreas de servicio incluyen

**Signature 1**: Allegany, Anne Arundel, Baltimore City, Baltimore, Calvert, Caroline, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico

**Signature 2**: Carroll, Frederick, Kent, Queen Anne's, St. Mary's, Worcester en Maryland y District of Columbia

** Nunca pagará más de $35 al mes por la insulina cubierta.*

# Cobertura integral para medicamentos recetados de la Parte D

El plan CareFirst BlueCross BlueShield Advantage **Signature (PPO)** incluye cobertura de medicamentos recetados con un deducible de $600 en las categorías 3, 4 y 5. Además, se incluye cobertura para medicamentos de farmacia en centros de atención a largo plazo.

| | **Signature** |
|---|---|
| | **Copago en farmacias minoristas por un suministro de un mes[1]** |
| **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos[1]** | $0 |
| **Nivel 2: medicamentos genéricos[1]** | $3 |
| **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos[2]** | 20 % de coseguro[2, 3] |
| **Nivel 4: medicamentos no preferidos[2]** | 35 % de coseguro[2, 3] |
| **Nivel 5: medicamentos especializados[2]** | 26 % de coseguro[2, 3] |

*[1] Los niveles 1, 2 y 3 tienen beneficios de suministro de 100 días disponibles*

*[2] Nunca pagará más de $35 al mes por la insulina*

*[3] Se aplica un deducible de $600 para los niveles 3, 4 y 5.*

## Ahorre con los pedidos por correo

Es fácil y conveniente: puede resurtir recetas en línea o por teléfono.
Al igual que su farmacia minorista local, los farmacéuticos registrados están disponibles para responder a sus consultas.

## Al igual que con cualquier plan de la Parte D, lo que pagará depende de algunos factores

### ¿Sus medicamentos recetados están en la lista de medicamentos de CareFirst?

La lista de medicamentos es una lista de los medicamentos cubiertos por nuestros planes. Consulte nuestra lista de medicamentos en **carefirst.com/medicareadvantage.** O bien, llámenos al 833-473-0394 y pida una copia impresa.

### ¿En qué categoría se encuentra su medicamento?

Los medicamentos se categorizan en uno de los cinco niveles. Busque en nuestra lista para averiguar en qué categoría se encuentran sus medicamentos. Por lo general, cuanto más bajo sea la categoría, menor será el costo. Para su conveniencia, hemos incluido una lista de los 100 medicamentos recetados principales para los afiliados de Medicare Original en el estado de Maryland y Washington, D. C. en la página 15

### ¿Qué farmacias forman parte de la red CareFirst?

Tendrá acceso a una amplia red de farmacias independientes y cadenas principales en todo el país, incluidas CVS, Walmart, Safeway, Sam's Club, Costco, Medicine Shoppe Pharmacy, Giant, Harris Teeter, Weis y Wegmans.

### ¿En qué etapa del ciclo de medicamentos recetados se encuentra?

El gobierno federal creó tres etapas y cada año establece un límite en dólares para cada etapa. Cuando cambia de etapa, el monto que paga también cambia. Un nuevo ciclo comienza el 1 de enero de cada año.

**Etapa 1: Deducible**
Este plan tiene un deducible de $600 para los niveles 3, 4 y 5.

**Etapa 2: Límite de cobertura inicial**
Pagará copagos y/o coseguro por los medicamentos cubiertos hasta que sus costos totales de medicamentos, más los pagos del plan, superen los $2,400 en 2027.

**Etapa 3: Cobertura para casos catastróficos**
Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluye los medicamentos que compre en su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcance un total de $2,400 en 2027, su plan cubrirá todos los costos de los medicamentos de la Parte D.

**90 %** de las personas que se encuentran en el área de servicio de CareFirst BlueCross BlueShield **viven a dos millas o menos de una farmacia participante.**

# ¿Listo para inscribirse?

PASO 1

## Compare planes y cobertura

Use la hoja de trabajo en la página 15 de este folleto o llámenos al +1 (833) 473 0394 para obtener una revisión de beneficios gratuita y personalizada que le ayudará a determinar qué plan se adapta mejor a sus necesidades.

PASO 2

## Seleccione un plan que se ajuste a sus necesidades de salud y presupuesto

¿Planea seguir con su mismo médico o sus especialistas? 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 por correo postal

- **En línea:** nuestro formulario seguro en línea lo guía paso a paso por el proceso de inscripción. ¡Es fácil! Visite **carefirst.com/medicareadvantage.**
- **Teléfono:** reciba ayuda personalizada para la inscripción de un agente de ventas con licencia llamando al 833-536-2001 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 30 de marzo, estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, los 7 días de la semana. 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.
- **Correo:** complete el formulario de inscripción incluido en este folleto y envíelo por correo a:

  CareFirst BlueCross BlueShield
  Medicare Advantage Enrollment
  P.O. 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 ha solicitado unirse a uno de nuestros planes.

**Dentro de los 10 días calendario** posteriores a 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

# Hoja de trabajo de comparación de planes

Compare los costos de su plan actual con CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature. Solo ingrese la información de su plan a continuación y vea si puede ahorrar al cambiarse a uno de nuestros planes.

| | Plan actual | Signature |
|---|---|---|
| **Prima mensual** | **$** | $47–$58 |
| **Deducible médico** | **$** | $250 |
| **Deducible de farmacia** | **$** | $600<br>niveles 3, 4, 5 |
| **Monto máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos** | **$** | $7,151/$12,000 |
| **Copago por visita al PCP** | **$** | $0 |
| **Copago por visita a un especialista** | **$** | $45 |
| **Copago por visita de atención de urgencia** | **$** | $40 |
| **Copago por examen de la vista de rutina** | **$** | $0 |
| **Copago por atención dental preventiva** | **$** | $0 |
| **Asignación para servicios dentales integrales** | **$** | $1,000 |
| **Copago por examen de audición de rutina** | **$** | $0 |
| **Membresía en gimnasios/ para acondicionamiento físico** | **$** | $0 |
| **Copago de medicamentos recetados:**<br>Nivel 1: genéricos preferidos | **$** | $0 |

CareFirst Medicare Advantage

# 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 Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, 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 médico nuevo.
- [ ] Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para surtir cualquier medicamento recetado es parte de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que 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 del plan, debe 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 y/o o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- [ ] Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). No obstante, si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- [ ] **Impacto sobre la cobertura actual** Si 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. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. 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 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.

# 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.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 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?

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 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 Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. 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 exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o alguna sugerencia 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 PRA Reports Clearance Office. 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 sucede después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

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

**Las opciones de su plan 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 al mes |
| **MARYLAND:** Carroll, Frederick, Kent, Queen Anne's, St. Mary's y Worcester<br>**WASHINGTON, D.C.:** District of Columbia | ◯ CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO): prima de $58 al mes |

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

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

| Nombre | Apellido | Inicial del segundo nombre (opcional) |
|---|---|---|
| | | |

| Fecha de nacimiento | Sexo<br>◯ Masculino ◯ Femenino | Número de teléfono | Teléfono celular (opcional) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para 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 por correo electrónico** ◯ **No, no deseo recibir mensajes por 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 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 por no responderlas**

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, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo 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 (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 estoy por cumplir 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 este estatus 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 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) _____. |
| | Dejaré 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. |
| | Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____. |
| | Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (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 un 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 al +1 (833) 987 0765 para saber 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., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 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 (RRB) cada mes**.

Si se le asigna un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Si debe pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos 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 ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de 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 el programa ***Ayuda Adicional*** en línea en **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

Si reúne los requisitos para recibir el programa ***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 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 el importe se deducirá de mi cuenta el día 5 del mes o el siguiente día hábil bancario. 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<br>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 cumplirá con los requisitos para el SPDAP (Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos), no elija que se le retenga la prima de sus beneficios del Seguro Social o RRB. Como el SPDAP no está conectado con el Seguro Social ni con RRB, el monto total de su prima se deducirá de sus beneficios del Seguro Social o RRB.

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o RRB la apruebe. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o 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 desde la fecha de entrada en vigor 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 impresa por sus primas mensuales.)

## SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DEL PLAN

**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 con la antelación y de la manera necesarias para dar a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y a la institución financiera una 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 a más tardar el 30 de septiembre). Su retiro automático continuará a menos que la solicitud de finalización se reciba a más tardar al final del mes previo al próximo retiro. Las solicitudes de cancelación pueden enviarse por fax al 855-215-6947 o por correo a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, Attention: Premium Billing, PO Box 915, Owings Mills, MD 21117. Las solicitudes de finalización se procesarán en el orden recibido. Será responsable de cualquier cargo incurrido por su banco, como fondos insuficientes (Non-Sufficient Funds, NSF).

**Pagos duplicados**

Si elige que los pagos de su prima se deduzcan a través de la Administración del Seguro Social (SSA), tenga en cuenta que realizar pagos de la prima con una tarjeta de crédito, una tarjeta de débito o una cuenta bancaria, o inscribirse posteriormente en pagos automáticos, podría generar pagos duplicados.

Si en algún momento decide suspender las deducciones de su prima de la SSA, debe comunicarse con la SSA para cancelar la deducción y confirmar si habrá demoras en el procesamiento de la solicitud.

## SECCIÓN 4 – IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN. TODOS LOS CAMPOS DE 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 de inscripción es 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 por 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 contenidos en mi 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, y

  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 de 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 | |
|---|---|
| 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<br>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 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.

# Formulario de confirmación del alcance de la cita de ventas

CareFirst Family of health care plans

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) exigen que los agentes de seguros documenten el alcance de una cita de ventas previa a cualquier reunión de venta para asegurar la comprensión de lo que repasarán el agente de seguros y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

**Coloque sus iniciales a continuación junto al tipo de producto que desea que el agente de seguros analice. Si no desea que el agente analice un tipo de plan con usted, deje la casilla en blanco.**

## PLANES MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare**: un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de Original Medicare Parte A y Parte B, y a veces abarca la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.

## PLANES COMPLEMENTARIOS DE MEDICARE (MEDIGAP)

**Medicare Supplement (Medigap) Plans**: planes de seguro que ayudan a pagar algunos de los gastos de bolsillo que no están cubiertos por Original Medicare (Part A y Part B), como deducibles y montos de coseguro por servicios aprobados por Medicare.

## PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SNP) DE MEDICARE

**Medicare Special Needs Plan (SNP)**: un Medicare Advantage Plan que incluye un conjunto de servicios diseñados para personas con necesidades de atención de la salud especiales. Entre los grupos específicos a los que brinda servicios se incluyen las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las personas que viven en asilos y las personas que padecen determinados problemas de salud crónicos.

## FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA

Al firmar el presente documento, acepta una reunión de ventas con un agente de ventas para analizar los tipos específicos de productos que marcó anteriormente. La persona que analizará las opciones de planes con usted está empleada o contratada por un plan de salud de Medicare o un plan de medicamentos recetados que no pertenece al gobierno federal, y puede recibir una compensación en función de su inscripción en un plan. La firma del presente documento NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su estado de inscripción en Medicare actual o en el futuro, ni le inscribe automáticamente en el plan o planes que se analizaron.

Al proporcionar mi número de teléfono, doy mi consentimiento para recibir llamadas de un representante de CareFirst BlueCross BlueShield sobre los productos de Medicare Advantage, los planes Medicare Supplement (Medigap) y/o los productos de Medicare Supplement al número que he proporcionado (incluidos los dispositivos móviles). Estas llamadas pueden efectuarse utilizando una tecnología automatizada y no se requiere mi consentimiento para recibir estas llamadas como condición para realizar una compra.

| Teléfono del beneficiario (opcional) | |
|---|---|
| Firma | Fecha de la firma |

| FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y FECHA DE LA FIRMA | |
|---|---|
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de imprenta lo siguiente | |
| Nombre del representante | Relación con el beneficiario |

| PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE | |
|---|---|
| Nombre del agente | Teléfono del agente |
| Nombre del beneficiario | |
| Método de contacto inicial (indicar aquí si el beneficiario no tenía cita previa) | |
| Firma del agente | NPN del agente de seguros |
| Planes que el agente presentó durante esta reunión | Fecha en que se realizó la cita |
| *La documentación del alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés) está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS* | |
| Si el beneficiario firmó el formulario durante la cita, brinde una explicación sobre el motivo por el que el SOA no se documentó antes de la reunión: | |

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. of Maryland (usado en Virginia por: First Care, Inc.). CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc. y First Care, Inc. son licenciatarias independientes 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.

# 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 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 y Blue Shield.

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 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 y Blue Shield.

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 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 y Blue Shield.

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 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 y Blue Shield.

Y0154_H7379_MA03929IND_C

CareFirst

Medicare Advantage

CONÉCTESE CON NOSOTROS:

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.

SUM MA04861 (10/26)