CareFirst
La familia de planes de salud

Dejamos su cuidado en manos de su Medicare

☐ **SÍ, me gustaría saber más sobre los planes de seguro de Medicare de CareFirst BlueCross BlueShield.**

Primer nombre	Apellido	
Dirección:		Condado:
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo electrónico	

Actualmente tengo:

☐ Medicare Original

☐ Parte A, Fecha de entrada en vigencia _____ ☐ Parte B, Fecha de entrada en vigencia _____

☐ Asistencia médica estatal (Medicaid) ☐ Complemento de Medicare

☐ Medicare Advantage ☐ Otros

☐ No tengo Medicare ahora, pero cumplo 65 años el _____

Al devolver esta tarjeta, usted acepta que un representante habilitado o un agente de ventas con licencia que represente a CareFirst BlueCross BlueShield pueda enviarle un correo electrónico o llamarlo al número que se encuentra arriba.

Firma	Fecha

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

Después de completar el formulario, envíelo
por correo electrónico a [broker name] a [broker email].

▼ O bien, dóblelo, séllelo y envíelo de vuelta a [broker name]
a través del Servicio Postal de los Estados Unidos. ▼

COLOQUE LA
ESTAMPILLA
AQUÍ