



### Seleccione una opción de pago mensual:

Recibir una factura mensual.

**Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)** de su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta (routing number): \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios (RRB) o del Seguro Social.

Obtengo beneficios mensuales del:  Seguro Social  RBB

(Las deducciones del Seguro Social y de la RBB pueden tardar dos meses o más una vez que el Seguro Social y la RBB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RBB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que empiezan las deducciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su petición para deducción automática, le enviaremos una factura impresa de su prima mensual).

### Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)?  Sí  No

Si se ha sometido a un trasplante de riñón con éxito y/o si ya no necesita diálisis regularmente, **adjunte una nota o registros** de su médico que indiquen que usted se ha sometido a un trasplante de riñón con éxito o que no necesita diálisis; de lo contrario, tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicinas, incluyendo otra aseguradora privada, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (Veteran Administration, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicinas recetadas además de BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y número(s) de identificación (ID) para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de identificación de esa cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo de esa cobertura: \_\_\_\_\_

3. ¿Reside usted en un establecimiento de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección (número y calle) y número de teléfono de la institución: \_\_\_\_\_

4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su esposa trabajan?  Sí  No

6. Si se está inscribiendo en BlueMedicare Preferred HMO (HMO SNP), tiene:

Diabetes  Sí  No Trastornos cardiovasculares  Sí  No insuficiencia cardíaca  Sí  No

### Escoja un Médico de atención primaria (PCP), una Clínica o un Centro de salud.

**Marque una de las casillas que aparecen abajo si prefiere recibir información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:**  Español  Braille, grabación de audio, copia con letras grandes

**Comuníquese con BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS al 1-844-783-5189 89 si necesita información en otro formato o idioma diferente a los que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-955-8773.**

**STOP** Lea esta información importante

**Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS.** Lea toda la correspondencia que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta visite el sitio de Internet o comuníquese con la oficina indicada en las cartas que le han enviado. Si no hay información acerca de con quién comunicarse, le pueden ayudar su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura.

## Declaración de elegibilidad para el período de inscripción

**Por lo general, sólo puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.** Hay excepciones que posiblemente le permitan afiliarse a un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber, usted es elegible para el Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que sea anulado.

- Tengo Medicare por primera vez.
- Recientemente me mudé fuera del área de cobertura de mi plan, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva. Me mudé el (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Recientemente fui liberado de encarcelamiento. Fui liberado el (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Recientemente, obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado en (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Obtengo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicinas recetadas de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente dejé de vivir en un Establecimiento de cuidados a largo plazo (p. ej.: un centro de enfermería especializada o un establecimiento de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré o dejaré de vivir en el establecimiento el día (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Recientemente salí de un programa de cuidado todo incluido para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicinas recetadas (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicinas el día (escriba la fecha) \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Dejaré de recibir la cobertura de un empleador o sindicato el día (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare finaliza el contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un Plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) pero perdí la calificación por necesidades especiales que se necesita para pertenecer a ese plan. Fui dado de baja del SNP el (escriba la fecha): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro(a), comuníquese con BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS at 1-800-876-2227 (los usuarios de TTY deben marcar 1-800-955-8770) y vea si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días a la semana del 1 de octubre al 14 de febrero. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y días feriados.

### Lea y firme abajo:

#### **Al llenar esta solicitud de inscripción acepto lo siguiente:**

BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno federal. Tendré que conservar mis Partes A y B de Medicare. Sólo puedo tener un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de medicinas recetadas o en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informar acerca de cualquier cobertura de medicinas recetadas que tenga ahora o que pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo darme de baja de este plan o hacer cambios sólo en determinados momentos del año, cuando haya disponible un período de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS ofrece cobertura en áreas de servicio específicas. Si me mudo fuera del área de servicio de BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS tengo que notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en mi nueva área. Una vez que sea un asegurado de BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre los pagos o los servicios si no estoy de acuerdo con ellos Voy a leer el documento de cobertura de BlueMedicare Preferred, BlueMedicare Preferred HMO o BlueMedicare Preferred POS cuando lo reciba para saber que reglas debo seguir con el fin de obtener cobertura de este Plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare normalmente no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

