OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026

Formulario de solicitud de inscripción

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage

Requisitos para inscribirse en un plan:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Requisitos adicionales para inscribirse en un plan Medicare Advantage:

- Parte A (seguro hospitalario) de Medicare
- Parte B (seguro médico) de Medicare

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información 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 elementos, a menos que estén marcados como opcionales. No se le puede negar la cobertura por no completar los elementos opcionales.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completado y firmado a:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234
Phoenix, AZ 85038

Una vez que procesen su solicitud de adhesión, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Blue Best Life (HMO) al **1-888-274-0367.** 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 1-877-486-2048.

En español: Llame a Blue Best Life (HMO) al **1-888-274-0367, TTY: 711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 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, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) se pueden considerar su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos: 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 artículo que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o su tiempo de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

Medicare Advantage (HMO)

Área de servicio: Instrucciones de inscripción individual para los condados de Maricopa, Pinal y Pima

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Complete la solicitud con un bolígrafo de tinta negra.
Todas las secciones deben completarse y enviarse para la inscripción.

Medicare Advantage (HMO)

Área de servicio: Formulario de inscripción individual para los condados de Maricopa, Pinal y Pima

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Para inscribirse, proporcione toda la información solicitada a continuación.

OBLIGATORIO: Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan en el que desea inscribirse:

Condado de Maricopa y Pinal

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
$0 de prima mensual (H0302-006)

☐ Blue Best Life Plus (HMO)
$44 de prima mensual (H0302-001)

Condado de Pima

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
$0 de prima mensual (H0302-008)

Proporcione su información de seguro de Medicare

Saque la tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre: Jane L. Smith
(como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare XXXX XXX XXXX
___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Tiene derecho a
Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AA)

HOSPITAL (Parte A) 01 / 01 / 2000

MÉDICO (Parte B) 01 / 01 / 2000

Debe tener cobertura de Medicare tanto en la parte A como en la parte B para unirse a un plan Medicare Advantage.

NOMBRE: Smith	APELLIDO: Jane	Inicial del segundo nombre: L.	☐ Sr. ☒ Sra. ☐ Srta.
Fecha de nacimiento: 06 / 03 / 33 (M M / D D / A A)	Sexo: ☐ M ☒ F	Número de teléfono particular: (602) 000-0000	Número de teléfono celular*: ( )
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.): 1234 West Street			N.º de dpto.: 203
Ciudad: Phoenix	Estado: Arizona	Código postal: 85000	Condado: Maricopa
Dirección de correo electrónico*: jane.smith@yahoo.com			
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección permanente): (Se permite un apartado postal) P.O. Box 56789			N.º de dpto.:
Ciudad: Phoenix	Estado: Arizona	Código postal: 85000	

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir notificaciones por correo electrónico de nuestra parte, y, al proporcionar su número de teléfono celular, acepta recibir notificaciones por mensajes de texto de nuestra parte, según corresponda. Siempre le daremos la oportunidad de dejar de recibir las comunicaciones por el medio elegido.

PASOS:

A. Seleccione el plan en el que desea inscribirse.

B. Coloque su información del seguro de Medicare según aparece en la tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare.

C. Coloque toda su información personal.

D. Proporcione el nombre de su Proveedor de atención primaria (PCP). Sin esta información, el plan le asignará automáticamente un PCP.

SU LISTA DE VERIFICACIÓN

Lea con atención las instrucciones y afirmaciones. Utilice esta lista de verificación para asegurarse de que ha completado toda la información necesaria.

☐ **A. ¿EN QUÉ PLAN SE INSCRIBE?** Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan Medicare de AZ Blue en el que desea inscribirse.

☐ **B. NÚMERO DE MEDICARE**. Coloque su número de Medicare exactamente como está escrito en la tarjeta del seguro de salud de Medicare o la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

☐ **C. INFORMACIÓN PERSONAL**.

- **Nombre**. Coloque su nombre exactamente como aparece en su tarjeta del seguro de salud de Medicare, incluso si tiene un error. Los errores se deben corregir con su oficina local de Administración del Seguro Social. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos avisarán acerca de la corrección de su nombre.
- **Dirección permanente**. Debe ser su residencia actual, donde vive en la actualidad (los apartados postales [P.O. Box] NO están permitidos). Debe estar viviendo dentro del área de servicio de AZ Blue para unirse a este plan.
- **Dirección postal** *(si es diferente de la dirección permanente)*. Una dirección donde usted recibe su correo.

☐ **D. PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA**. Coloque el nombre y el apellido de su proveedor de atención primaria (PCP). Si no completa esta información, el plan le asignará automáticamente un PCP.

INFORMACIÓN IMPORTANTE. Lea atentamente cada afirmación. Si hay algo que no entienda, comuníquese con AZ Blue llamando al número telefónico que se encuentra a continuación, durante los horarios de atención que figuran abajo.

FIRMA. Al firmar el formulario de inscripción, acepta cumplir las normas del plan y comprende sus responsabilidades como miembro. Si tiene alguna pregunta, llámenos. **Firme con su nombre tal como aparece en su tarjeta del seguro de salud de Medicare, y coloque la fecha en el formulario.** Conserve el recibo de inscripción del formulario de inscripción para sus registros. En la mayoría de los casos, acusaremos el recibo de su solicitud por escrito antes de la fecha de entrada en vigencia. Si alguien le ayuda a completar este formulario, comuníquese con AZ Blue llamando a los números telefónicos que figuran abajo para recibir más instrucciones. Si tiene un representante que completará este formulario en su nombre, dicha persona debe tener un poder notarial permanente (Durable General Power of Attorney, DPOA) o haber sido designado por un tribunal como tutor para firmar este formulario. Proporcione una copia del trámite que muestre que su representante posee un DPOA o es su tutor. La falta de evidencia no retrasará el procesamiento de la solicitud.

Envíe el formulario de inscripción individual por correo a la siguiente dirección:
Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234, Phoenix, AZ 85038

Comuníquese con nosotros:
1-888-274-0367, TTY: 711
Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
(desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.).
También puede visitar nuestro sitio web: **azblue.com**/medicare.

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

ALCANCE DEL FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE CITA DE VENTAS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de comercialización antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar que se entienda lo que se discutirá entre el agente 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 de Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales a continuación junto al tipo de producto(s) que desea que el agente aborde.

Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO). Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Original Medicare y, a veces, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Planes Medigap (planes complementarios de Medicare)

Medigap: Una póliza Medigap es un seguro de salud vendido por compañías de seguros privadas para llenar las brechas en Original Medicare. Las pólizas Medigap pueden ayudarle a pagar su parte (coseguro, copagos o deducibles) del costo de los servicios cubiertos por Medicare.

Productos dentales/oftalmológicos/auditivos

Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni conectados con Medicare.

Al firmar este formulario, acepta tener una reunión con un agente de ventas para discutir los tipos de productos en los que colocó sus iniciales. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. Estas personas no trabajan directamente para el gobierno federal. A esta persona también se le puede pagar en función de su inscripción en un plan.

Firmar este formulario no lo obliga a inscribirse, el estado de inscripción actual o futuro en Medicare no se verá afectado y la inscripción automática no ocurrirá.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

_____ _____

Firma *Fecha*

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante: _____

Su relación con el beneficiario: _____

A COMPLETAR POR EL AGENTE DEL PLAN:	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	
Método inicial de contacto: ☐ Teléfono ☐ Sin cita previa ☐ Correo postal de los EE. UU. ☐ Correo electrónico ☐ Evento ☐ Otro:_____	
Firma del agente:	
Plan(es) representado(s) por el agente durante esta reunión:	
Fecha de realización de la cita:	
[Uso exclusivo del plan:] El agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explicó por qué no se documentó el alcance de la cita (SOA) antes de la reunión:	

La documentación del SOA está sujeto a los requisitos de retención de registros de los CMS

Blue Cross, Blue Shield y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes Blue Cross y Blue Shield.
©2025 Blue Cross Blue Shield of Arizona, Inc. Todos los derechos reservados.

Y0137_M41517PY25_C 256250125

Medicare Advantage (HMO)

Área de servicio: Formulario de inscripción individual para los condados de Maricopa, Pinal y Pima

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Para inscribirse, proporcione toda la información solicitada a continuación.

OBLIGATORIO: Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan en el que desea inscribirse:

Condado de Maricopa y Pinal

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
$0 de prima mensual (H0302-006)

☐ Blue Best Life Plus (HMO)
$44 de prima mensual (H0302-001)

Condado de Pima

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
$0 de prima mensual (H0302-008)

Proporcione su información de seguro de Medicare

Saque la tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

  O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre:_____
(como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare

___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Tiene derecho a
Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AA)

HOSPITAL (Parte A) _____/_____/_____

MÉDICO (Parte B) _____/_____/_____

Debe tener cobertura de Medicare tanto en la parte A como en la parte B para unirse a un plan Medicare Advantage.

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
Fecha de nacimiento: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ (M M / D D / A A)	Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono particular: ( )	Número de teléfono celular*: ( )
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.):			N.º de dpto.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección de correo electrónico*:			
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección permanente): (Se permite un apartado postal)			N.º de dpto.:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir notificaciones por correo electrónico de nuestra parte, y, al proporcionar su número de teléfono celular, acepta recibir notificaciones por mensajes de texto de nuestra parte, según corresponda. Siempre le daremos la oportunidad de dejar de recibir las comunicaciones por el medio elegido.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, una cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA) o programas de asistencia farmacéutica estatales además de Blue Best Life (HMO).

   ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre y el número de identificación de la otra cobertura:

   Nombre de la otra cobertura: _____

   Núm. de identificación de la cobertura: _____ Núm. de grupo de la cobertura: _____

   Fecha de inicio del plan de esta cobertura: __ __ / __ __ / __ __
   M M / D D / A A

   Fecha de finalización del plan para esta cobertura: __ __ / __ __ / __ __
   M M / D D / A A

2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado (AHCCCS)? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

3. ¿Es usted residente en un centro de cuidado a largo plazo, como una residencia para adultos mayores? ☐ Sí ☐ No

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

   Nombre de la institución: _____

   Número de teléfono de la institución: _____

   Dirección (número y calle): _____

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual 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 atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si determinamos más adelante que esta información es incorrecta, su inscripción puede cancelarse.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta (OEP) de Medicare Advantage.
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Salí de prisión recientemente. Me liberaron el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente volví a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU. el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve la categoría de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta categoría el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabar de recibir Medicaid, tener un cambio en el grado de asistencia de Medicaid o perder Medicaid), el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el grado de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional), el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- ☐ Me voy a mudar, vivo en o recientemente me mudé de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, una residencia para adultos mayores o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro/del centro el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente dejé de participar en un Programa de atención integral para ancianos (PACE), el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

- ☐ Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare, o bien Medicare terminará su contrato con mi plan.
- ☐ Me inscribieron en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Me inscribieron en un Plan por necesidades especiales (SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte del plan. Me cancelaron la suscripción del SNP el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Fui afectado por un desastre declarado por una entidad gubernamental u otra emergencia (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones que figuran aquí se aplicó a mi caso, pero no pude completar mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con la línea gratuita de AZ Blue al **1-888-274-0367, TTY: 711** para saber si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. También puede visitar nuestro sitio web **azblue.com**/medicare.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

¿Tiene usted en la actualidad un plan de seguro suplementario de Medicare? ☐ Sí ☐ No

☐ Comprendo que me estoy inscribiendo a un plan Medicare Advantage con un plan de farmacia de la Parte D. Comprendo que no puedo combinar un plan de seguro suplementario de Medicare o Medigap con un plan Medicare Advantage.

Todos los campos de esta sección son opcionales.		
Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.		
¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No	¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No	
Contacto alternativo:	Número de teléfono celular:	Relación con usted:
Indique su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: _____ ¿Es este su proveedor de atención primaria actual? ☐ Sí ☐ No *Tenga en cuenta lo siguiente: Si no proporciona el nombre de un PCP, el plan le asignará uno.* ¿Se mudó recientemente al área de servicio del plan que seleccionó más arriba? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, fecha de la mudanza _____/_____/_____ MM DD AAAA		
Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. Seleccione uno o más. ☐ Evidencia de Cobertura ☐ Formulario ☐ Directorio de proveedores Dirección de correo electrónico: _____		
Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. ☐ Español		
Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible. ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio Comuníquese con Blue Best Life (HMO) al **1-800-446-8331** si necesita información en un formato accesible que no sea ninguno de los anteriores. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711.**		

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

CÓMO PAGAR LA PRIMA DEL PLAN O LA MULTA POR INSCRIPCIÓN TARDÍA

Puede pagar la prima mensual de su plan, que incluye cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o que pudiera adeudar por transferencia electrónica de fondos, con tarjeta de crédito o por correo. **También puede elegir pagar su prima o multa por inscripción tardía mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) todos los meses.**

Si tiene que 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. NO le pague a AZ Blue la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos a fin de recibir *ayuda adicional* para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir estos beneficios de ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre la *ayuda adicional*, comuníquese con su Oficina del Seguro Social local, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la *ayuda adicional* por internet en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si reúne los requisitos para recibir *ayuda adicional* para pagar los costos de la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una parte de la prima, le enviaremos una factura a usted por el monto que Medicare no cubra.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42, secciones 422.50 y 422.60, del Código de Regulaciones Federales (CFR), autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamento recetado de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Seleccione una opción de pago de la prima/multa por inscripción tardía a continuación
(si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses):

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o brinde la siguiente información:

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorro

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

☐ Factura mensual (puede pagar su factura mensual con un cheque o llamarnos para pagar con tarjeta de crédito).

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB podría comenzar después de dos meses o más tras la aprobación de la deducción por parte del Seguro Social o de la RRB. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura hasta que se aprueben las deducciones del Seguro Social o la RRB, lo que puede demorar entre dos y tres meses. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, continuaremos enviándole una factura por sus primas mensuales).

STOP

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

Si actualmente usted tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Blue Best Life (HMO) puede afectar sus beneficios de salud del empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Blue Best Life (HMO). Lea las comunicaciones que le envíen su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus datos de contacto. Si no hay información para saber con quién comunicarse, pueden ser de ayuda el administrador de beneficios o la oficina que responde consultas sobre su cobertura.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

1. Blue Best Life (HMO) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo mantener tanto la parte del hospital (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en un plan Blue Best Life (HMO). Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage a la vez y que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage (se aplican excepciones a los planes MA PFFS y MA MSA) o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que yo tenga o pudiera tener en el futuro. La inscripción en este plan es, en general, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solamente en ciertas épocas del año, cuando se encuentre disponible un período de inscripción **(por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año),** o en ciertas circunstancias especiales.
2. Blue Best Life (HMO) presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en que presta servicios Blue Best Life (HMO), debo notificar al plan para que pueda cancelar la inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Blue Best Life (HMO), tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago de servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de Blue Best Life (HMO) cuando lo reciba para conocer las normas que debo seguir para recibir la cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
3. Comprendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por AZ Blue, es posible que esta persona reciba un pago según mi inscripción en AZ Blue.
   - Debo mantener tanto la parte del hospital (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Blue Best Life (HMO).
   - Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Blue Best Life (HMO) compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la página 12). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
   - Comprendo que cuando comience mi cobertura con Blue Best Life (HMO), debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Blue Best Life (HMO). Los beneficios y servicios prestados por Blue Best Life (HMO) y que figuran en el documento de “Evidencia de Cobertura” de Blue Best Life (HMO) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Blue Best Life (HMO) pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
   - A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
   - Compendo 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 está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
     1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
     2) La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare

STOP

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

Firma: X _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____)_____ Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso interno:

Núm. de identificación del miembro: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP): _____

Período de elección anual (AEP): _____ Período de inscripción abierta (OEP): _____

Periodo de inscripción especial (SEP): ____/Motivo del SEP: _____ No reúne los requisitos: ____

Rep. de inscripción: _____ Fecha en que se completó: _____

Solo para uso del agente/corredor:

Nombre del agente certificado (en letra de imprenta): _____ N.º de agente/corredor: _____

Corredor de registro*: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura solicitada: _____

Firma del agente/corredor: _____

Fecha de recepción: _____ Número de teléfono: _____

**Ingrese el nombre de la entidad que tiene contrato con AZ Blue*

Nombre de la persona inscrita: _____

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Recibo de inscripción 2026

Utilícelo como prueba temporal de la cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su tarjeta de identificación de miembro. **Este recibo no es garantía de la inscripción.**

Esta copia es para sus registros solamente. No vuelva a enviar la inscripción.

Complete este resumen del plan con su representante de ventas autorizado (si corresponde). Le describirá algunos detalles del plan para ayudar a que comprenda mejor su nuevo plan.

Estos son algunos detalles sobre su nuevo plan:

Nombre de la persona inscrita:	
Fecha de la solicitud:	La cobertura de mi plan comienza el (fecha de entrada en vigencia):
El nombre de mi nuevo plan es: **Condado de Maricopa y Pinal** ☐ Blue Best Life Classic (HMO) **$0** de prima mensual (H0302-006) ☐ Blue Best Life Plus (HMO) **$44** de prima mensual (H0302-001)	**Condado de Pima** ☐ Blue Best Life Classic (HMO) **$0** de prima mensual (H0302-008)
El tipo de plan es: ☐ HMO	RxBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGRP: BAZMAPD
Información sobre la prima: Mi plan posee una prima mensual de: $ _____. Comprendo que debo permanecer inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare y debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare, a menos que el estado u otro tercero la paguen en mi lugar. Si debo una multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP), esta no se incluye en la prima y debo añadirla a la prima cada mes.	
Debo estar viviendo en el área de servicio del plan. Si me mudo fuera del área de servicio del plan por más de 6 meses consecutivos, tendré que elegir un nuevo plan.	
Puedo cancelar la inscripción en este plan antes de que inicie mi cobertura comunicándome con el Departamento de Servicio al Cliente al 480-937-0409 (en Arizona) o al número gratuito 1-800-446-8331 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Cuando comience la cobertura, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembr) para hacer un cambio de plan, a menos que califique para un período de elección especial.	
Si tiene alguna pregunta, llame a su representante de ventas autorizado:	
Nombre y número de identificación del representante de ventas autorizado	Número de teléfono del representante de ventas autorizado

Y0137_M42596PY26_C

NOTAS:

NOTAS:

NOTAS:

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de ayudas y servicios auxiliares

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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Spanish: 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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Navajo: Diné bee yániłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Chinese Traditional: 如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Tagalog: 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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

French: 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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Vietnamese: 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 1-800-446-8331 (Người khuyết tật: 711).

German: 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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Russian: 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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

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 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Hindi: 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। 1-800-446-8331 (TTY: 711) ।

Farsi (Persian):
همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. توجه: 1-800-446-8331 (تله‌تایپ: TTY: 711) با شماره اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند.

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Y0137_M41134PY25_C

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association