

Código del PCP: (Núm. de identificador de proveedor nacional (NPI) Teléfono del PCP:

 - -

(Para encontrar un número NPI, visite nuestro Directorio de proveedores en línea en: BlueCrossNC.com/experience-health)

Paciente actual Paciente nuevo

F. Por favor, proporcione la información de su seguro Medicare:

Por favor, saque su credencial roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su credencial de Medicare.

– 0 –

- Adjunte una copia de su credencial de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Por favor, tenga en cuenta que: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

Nombre: (tal como aparece en su credencial de Medicare)

Número de Medicare:

Fecha de entrada en vigor: (mm/dd/aaaa)

Hospital (Parte A): / /

Plan Médico (Parte B): / /

G. Cómo pagar la prima de su plan:

Planes con prima de \$0: Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía, necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) cada mes.

Planes con primas: Puede pagar la prima mensual del plan, incluida la multa por inscripción tardía que actualmente tiene o puede deber por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de su prima del plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Blue Cross NC el IRMAA de la Parte D.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura cada mes.
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de Seguro Social.
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Por favor, tenga en cuenta que: La deducción de Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB aceptan 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 el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.

H. Por favor, lea y responda estas preguntas importantes:

- Sí 1. ¿Tiene una enfermedad renal en fase terminal (ESRD)?
 No **Nota:** Responder a esta pregunta no afecta su elegibilidad para inscribirse.

- Sí 2. ¿Trabaja?
 No
- Sí 3. ¿Su cónyuge trabaja?
 No

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, la cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de VA o programas de asistencia farmacéutica estatales. ¿Tendrá otras coberturas de medicamentos con receta además de Experience Health Medicare Advantage (HMO)? **Si su respuesta es "sí",** por favor, enumere sus otras coberturas y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura.

Número de identificación para esta cobertura: _____

Número de Grupo para esta cobertura: _____

Nombre de la otra cobertura: _____

- Sí 4. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? **Si su** Número de Medicaid
 No **respuesta es "sí",** proporcione
su número de Medicaid.

I. Por favor, lea esta información importante:



Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, la afiliación a Experience Health Medicare Advantage (HMO) podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Experience Health Medicare Advantage (HMO). Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o contáctese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura pueden ayudar.

J. Elegibilidad para un período de inscripción:

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. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla de la izquierda si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser dado de baja.

Período de inscripción anual (AEP). La fecha de entrada en vigor de su plan será **el 1 de enero**.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí.

¿De dónde se está mudando?

Condado: _____ Estado: _____

Me mudé el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Elija la fecha de entrada en vigor de su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente me liberaron de prisión.

Me liberaron el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo).

Me mudé/mudaré a las instalaciones el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente salí de un programa de PACE el: (Programa de Atención Integral a la Tercera Edad)

Recientemente salí de un programa de PACE el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura válida para medicamentos con receta. (Cobertura tan buena como la de Medicare)

Perdí mi cobertura de medicamentos el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Elija la fecha de entrada en vigor de su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el:

(mm/dd/aaaa)

/ /

Elija la fecha de entrada en vigor de su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.

Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país.

Regresé a los EE.UU. el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Elija la fecha de entrada en vigor de su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.

Mi plan termina el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Mi plan es con:

Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan.

Cancelé mi inscripción en un SNP el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Elija la fecha de entrada en vigor de su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Fui afectado por una emergencia climática o desastre mayor (según declaración de la Agencia Federal para Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local) Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplicaron a mí, pero no pude hacer mi inscripción debido al desastre.

Recientemente obtuve la condición de residente legal de los Estados Unidos. Obtuve la residencia el:

(mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el:

(mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente tuve un cambio en mi *Extra Help* para pagarla cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién recibí *Extra Help*, tuve un cambio en el nivel de *Extra Help*, o perdí *Extra Help*) el: (mm/dd/aaaa)
□ □ / □ □ / □ □ □ □

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo *Extra Help* para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

Me inscribieron en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el: (mm/dd/aaaa)
□ □ / □ □ / □ □ □ □

Ninguna de estas declaraciones se aplican a mí.* Otro motivo de Período de Inscripción Especial (SEP):

* Si necesita más ayuda para determinarse elegible para inscribirse, comuníquese con Experience Health Medicare Advantage (HMO) al: **833-905-1311** o, para usuarios de TTY, marque 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo; de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

K. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto que:

1. Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage a la vez, y que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare Advantage y/o plan de medicamentos con receta. **Si estoy inscrito en un plan complementario de Medicare, debo cancelar mi inscripción para no duplicar beneficios.**
2. Para permanecer en Experience Health Medicare Advantage (HMO), debo conservar tanto en el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B).
3. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.
4. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
5. Entiendo que cuando comience mi cobertura de Experience Health Medicare Advantage (HMO), debo obtener todos mis beneficios médicos de Experience Health Medicare Advantage (HMO). Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Blue Cross NC que constan en mi documento de Constancia de Cobertura de Experience Health Medicare Advantage (HMO) (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Blue Cross NC pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
6. Blue Cross NC presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que presta servicios Blue Cross NC, necesito notificar al plan para que pueda cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área.

7. Una vez que sea miembro de Blue Cross NC, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo.
8. Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por Blue Cross NC, y estos pueden recibir el pago con base a mi inscripción en Blue Cross NC.

Divulgación de información

Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, acepto que Blue Cross NC compartirá mi información con Medicare y con otros planes, los que podrían usarla para hacer el seguimiento de mi inscripción, realizar pagos, y para otros fines permitidos por las leyes que autorizan la recolección de esta información (ver la Declaración de la Ley de Privacidad arriba).

Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.50, 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de Sistemas de Registro (SORN) "Medicamentos con receta 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.

Al compartir su número de teléfono, usted acepta recibir llamadas y mensajes de texto de Blue Cross NC o sus socios. Blue Cross NC y sus socios no utilizarán su número con fines comerciales o de marketing. Las llamadas pueden incluir llamadas pregrabadas o con voz robótica.

L. Acuerdo del Solicitante:

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 entiendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal a completar este formulario de inscripción; y
- 2) La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Su Firma: _____

 / /

Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

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

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

 - -

Relación con el inscrito:

Experience Health Medicare AdvantageSM (HMO)

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



English

ATTENTION: If you speak any of the following languages, 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 1-833-777-7394 (TTY: 711), or speak to your provider.

Spanish / Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-777-7394 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chinese / 中文

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 1-833-777-7394 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供者。

Vietnamese / Việt

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cấp miễn phí. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-777-7394 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Korean / 한국어

알림: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-777-7394 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

French / Français

ATTENTION: Si vous parlez français, vous pouvez bénéficier de services d'assistance gratuits. Vous avez également à votre disposition des outils et services supplémentaires vous permettant de fournir des informations dans un format accessible, sans frais. Appelez le 1-833-777-7394 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Arabic / العربية

، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتقديم تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. يُرجى الاتصال على الرقم 1-833-777-7394 (TTY: 711) أو تحدث مع مزود الخدمة الخاص بك

Hmong / Lus Hmoob

LUG CEEV TSHWJ XEEB: yog has tas koj has lug Hmoob muaj cov kev paab cuam txhais lug pub dlawb rua koj. Cov kev paab hab cov kev paab cuam ntxiv kws tsim nyog txhawm rua muab lug qha paub ua cov hom ntaub ntawv kws tuaj yeem nkaag cuag tau rua los kuj yeej tseem muaj paab dlawb tsis xam tug nqe dlaab tsi tuab yaam nkaus. Hu rua 1-833-777-7394 (TTY: 711) los yog thaam nrug koj tug kws muab kev saib xyuas khu mob.

Russian / РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском, то Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие инструменты и информационные сервисы также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-777-7394 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Experience Health Medicare AdvantageSM (HMO)

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



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 1-833-777-7394 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Gujarati / ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-777-7394 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Mon-Khmer, Cambodian / ភាសាខ្មែរ

កំណត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភតតិកផ្តល់ជូនសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និង សេវាកម្មសមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បានក៏មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទាក់ទងលេខ 1-833-777-7394 (TTY: 711) និយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់អ្នក។

German / Deutsch

WICHTIGER HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-777-7394 (TTY: 711) oan oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi / हिंदी

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। 1-833-777-7394 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Laotian / ລາວ

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ ໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-777-7394 (TTY: 711) ຫຼື ລິມັດບັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Japanese / 日本語

お知らせ：日本語をお話した場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助的なサポートやサービスも無料でご利用いただけます。1-833-777-7394 (TTY: 711) にお電話いただくか、プロバイダーにお問い合わせください。