



## Solicitud de cobertura Blue Cross Medicare Advantage<sup>SM</sup>

Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage si necesita información en otro idioma o formato (braille).

### Si desea solicitar la cobertura médica Blue Cross Medicare Advantage, proporcione la siguiente información:

Marque la cobertura que desea solicitar: **(Marque ÚNICAMENTE una)**

☐ **Blue Cross Medicare Advantage  
Classic (PPO)<sup>SM</sup>**  
\$0 por mes

Cobertura complementaria opcional Basic Silver:

☐ Servicios dentales  
\$33.80 por mes

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ☐ M ☐ F Número de teléfono particular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

#### Domicilio permanente:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### Dirección postal (únicamente si es diferente de su domicilio permanente):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del solicitante: \_\_\_\_\_

### Proporcione información de su seguro de Medicare

#### Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

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

– O –

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o bien una copia de la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Para solicitar una cobertura Medicare Advantage, debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Es posible que algunas casillas queden vacías.

Tiene derecho a: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL (Parte A)** \_\_\_\_\_

**SERVICIOS MÉDICOS (Parte B)** \_\_\_\_\_

Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

**Por lo general, únicamente puede solicitar cobertura Medicare Advantage durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle solicitar cobertura Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso. Al marcar alguna de las siguientes casillas, 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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
| <input type="checkbox"/> Estoy asegurado con una cobertura Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).                                                                                                            |     |
| <input type="checkbox"/> Me acabo de mudar del área de servicio de mi cobertura vigente o me acabo de mudar y esta cobertura es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha).                                                                                                                                              | / / |
| <input type="checkbox"/> Hace poco fui liberado de prisión. Fui puesto en libertad el (escriba la fecha).                                                                                                                                                                                                                             | / / |
| <input type="checkbox"/> 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).                                                                                                                                                                    | / / |
| <input type="checkbox"/> Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos. Obtuve esta legalización el (escriba la fecha).                                                                                                                                                                                                | / / |
| <input type="checkbox"/> Recientemente hubo un cambio en mi elegibilidad para Medicaid (obtención reciente de Medicaid, cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o pérdida de Medicaid) el (escriba la fecha).                                                                                                                    | / / |
| <input type="checkbox"/> Recientemente hubo un cambio en el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés) que paga mi cobertura para medicamentos recetados de Medicare (obtención reciente del Beneficio Adicional, cambio en el nivel de asistencia del Beneficio Adicional o pérdida del Beneficio Adicional) el (escriba la fecha). | / / |
| <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o el estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés) para pagar mi cobertura para medicamentos recetados de Medicare, pero no se han producido cambios.                                                                      |     |
| <input type="checkbox"/> Me mudaré, vivo o me acabo de mudar de un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de atención médica prolongada). Me mudé/mudaré al/del centro el (escriba la fecha).                                                                                                     | / / |
| <input type="checkbox"/> Hace poco, me di de baja del programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for Elderly, PACE) el (escriba la fecha).                                                                                                                                         | / / |
| <input type="checkbox"/> Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tal y como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha).                                                                                                                       | / / |
| <input type="checkbox"/> Dejaré de tener la cobertura que recibo como prestación de la empresa para la que trabajo o del sindicato el (escriba la fecha).                                                                                                                                                                             | / / |
| <input type="checkbox"/> Participo en un programa de ayuda para pagar medicamentos que ofrece mi estado.                                                                                                                                                                                                                              |     |
| <input type="checkbox"/> Mi aseguradora ya no tendrá contrato con Medicare o Medicare ya no tendrá contrato con mi aseguradora.                                                                                                                                                                                                       |     |
| <input type="checkbox"/> Obtuve una cobertura Medicare (o de mi estado) y deseo elegir una cobertura diferente. Mi cobertura comenzó el (escriba la fecha).                                                                                                                                                                           | / / |
| <input type="checkbox"/> Estaba asegurado con Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para tener esa cobertura. Cancelaron mi cobertura SNP el (escriba la fecha).                                                                                                                        | / / |
| <input type="checkbox"/> Fui víctima de un desastre natural (según lo declarado por la Agencia Federal de Control de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras afirmaciones que aparecen en este documento correspondía a mi caso, pero no pude solicitar cobertura debido al desastre natural.      |     |

**Si ninguna de estas afirmaciones corresponde a su caso o tiene alguna duda, comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage al 1-877-774-8592 (TTY: 711) para saber si es elegible para solicitar cobertura. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días feriados.**

Apellido del solicitante:

Nombre:

## Cómo pagar la prima de su cobertura

Puede pagar la prima mensual (incluida cualquier multa que actualmente deba o que pueda adeudar por solicitar cobertura tarde) por correo postal o por transferencia electrónica de fondos (EFT) mensualmente. También puede optar por pagar la prima mensualmente a través de deducciones automáticas del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual para la Parte D (Parte D-IRMAA), según sus ingresos. Además de la prima, usted será responsable de pagar este monto adicional. El monto adicional se retendrá del cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le facturarán directamente. **NO** pague el monto IRMAA de la Parte D a Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK).

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir el Beneficio Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no estarán sujetas al lapso sin cobertura o a la multa por solicitar cobertura tarde. Muchas personas son elegibles para obtener estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de este Beneficio Adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar el Beneficio Adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si cumple con los requisitos para recibir el Beneficio Adicional para cubrir los costos de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su cobertura médica. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted 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: (Seleccione una opción de pago)

☐ **Recibir una factura**

☐ **Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual de su cuenta bancaria.** 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: ☐ **Cuenta de cheques** ☐ **Cuenta de ahorros**

☐ **Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).** Recibo beneficios mensuales de: ☐ **Seguro Social** ☐ **Junta de Retiro Ferroviario (RRB)**

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más hasta que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de entrada en vigor de su cobertura hasta el inicio de las retenciones. Si no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Apellido del solicitante:

Nombre:

**Todos los campos para las próximas dos preguntas son opcionales.**

**Responder a estas preguntas es opcional. No se le puede negar cobertura por no responderlas.**

**¿Es de origen hispano, latino o español? Marque todas las que correspondan.**

- |                                                                           |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español. | <input type="checkbox"/> Sí, cubano(a).                                    |
| <input type="checkbox"/> Sí, mexicano(a), mexicoamericano(a), chicano(a). | <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español. |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño(a).                           | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>                     |

**¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.**

- |                                                                     |                                                |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> guameño o chamorro    | <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico     |
| <input type="checkbox"/> indio asiático                             | <input type="checkbox"/> japonés               | <input type="checkbox"/> samoano                       |
| <input type="checkbox"/> negro o afroamericano                      | <input type="checkbox"/> coreano               | <input type="checkbox"/> vietnamita                    |
| <input type="checkbox"/> chino                                      | <input type="checkbox"/> nativo de Hawái       | <input type="checkbox"/> blanco                        |
| <input type="checkbox"/> filipino                                   | <input type="checkbox"/> de otro país asiático | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b> |

Apellido del solicitante:

Nombre:

## Lea y responda estas preguntas importantes:

**1.** Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, una cobertura médica para empleados federales, beneficios de la Administración para veteranos o programas estatales de ayuda para medicamentos.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados además de Blue Cross Medicare Advantage? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre de la otra cobertura y su número de asegurado de esta cobertura:

Nombre de la  
otra cobertura:

Número de asegurado  
para esta cobertura:

Número de grupo para  
esta cobertura:

**2.** ¿Reside en un centro de atención médica a largo plazo, como un asilo? ☐ **Sí** ☐ **No**

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

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

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

**3.** ¿Cuenta con la cobertura del programa Medicaid de su estado? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**4.** ¿Usted o su cónyuge trabajan? ☐ **Sí** ☐ **No**

**5.** ¿Tiene una póliza de Medicare Advantage vigente que desea reemplazar? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si la respuesta es "sí", ¿con qué compañía? \_\_\_\_\_

**Escija el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) de una clínica o de un centro de salud:**

Nombre del PCP:

Apellido del PCP:

Número de  
identificación  
del PCP:

Paciente actual:

☐ **Sí** ☐ **No**

**Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato:**

☐ **Español**

☐ **Braille/letra grande**

Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage al 1-877-774-8592 (TTY: 711) si necesita información en un formato o idioma diferentes de los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días feriados.

Apellido del solicitante:

Nombre:

## Lea esta información importante



Si tiene cobertura médica vigente como prestación laboral a través de una empresa o un sindicato, contratar la cobertura Blue Cross Medicare Advantage puede afectar dicha cobertura, ya que puede perderla si contrata la cobertura Blue Cross Medicare Advantage. Lea la correspondencia que la empresa o el sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en la documentación que recibe de ellos. En caso de que la información de contacto no esté disponible, el administrador de prestaciones laborales o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

## Lea y firme a continuación

### **Al completar esta solicitud de cobertura, acepto lo siguiente:**

Blue Cross Medicare Advantage es una cobertura Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener mi cobertura de las Partes A y B de Medicare para permanecer en esta cobertura. Solo puedo tener una cobertura Medicare Advantage a la vez, y entiendo que, al obtener esta cobertura, cualquier otra cobertura médica o cobertura para medicamentos recetados de Medicare que tenga se cancelarán automáticamente. Es mi responsabilidad informarle a la aseguradora sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga actualmente o pueda obtener en el futuro. La cobertura, por lo general, es por todo el año. Una vez asegurado, puedo dejar esta cobertura o hacer cambios solo durante el período de inscripciones anual (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre) o en ciertas circunstancias especiales.

Blue Cross Medicare Advantage sirve un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Blue Cross Medicare Advantage, debo informárselo a mi aseguradora para que yo pueda cancelar mi cobertura y buscar otra en el área donde viva. Cuando sea un asegurado de Blue Cross Medicare Advantage, tendré derecho a apelar las decisiones de la aseguradora sobre el pago o la aprobación de servicios si no estuviese de acuerdo. Cuando reciba la “Evidencia de cobertura” de Blue Cross Medicare Advantage, la leeré para conocer las reglas que debo seguir para tener derecho a esta cobertura. Entiendo que, normalmente, Medicare no proporciona cobertura a los beneficiarios de Medicare cuando están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de Blue Cross Medicare Advantage, debo recibir todos los servicios médicos y medicamentos recetados a través de esta cobertura. Los beneficios y servicios médicos incluidos en la “Evidencia de cobertura” de mi póliza Blue Cross Medicare Advantage tendrán cobertura. Ni Medicare ni Blue Cross Medicare Advantage pagarán por servicios ni ofrecerán beneficios que no estén incluidos. Entiendo que, recibir servicios médicos en la red puede costar menos que los servicios fuera de la red, excepto en casos de emergencia o en los que requiera atención inmediata o servicios de diálisis fuera del área de servicio. En caso de ser médicamente necesario, Blue Cross Medicare Advantage reembolsará los gastos por todos los servicios con cobertura, incluso si los recibo fuera de la red. Si algún servicio requiere autorización previa, tal y como se indica en la “Evidencia de cobertura”, ni Medicare ni Blue Cross Medicare Advantage pagarán por los servicios sin autorización previa.

Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por Blue Cross Medicare Advantage, esa persona podría recibir un pago con base en mi solicitud de cobertura en Blue Cross Medicare Advantage.

Por la presente, el asegurado principal reconoce expresamente que entiende que este acuerdo constituye un contrato únicamente entre el asegurado principal y [BCBSOK] la cual es una compañía independiente que opera conforme a una licencia emitida por la Asociación, lo cual permite que [BCBSOK] use las marcas de servicio en el estado, y que [BCBSOK] no actúa como agente de seguros de la Asociación. Asimismo, el asegurado principal reconoce y acepta que no ha celebrado este acuerdo basado en representaciones hechas por ninguna persona que no sea por medio de [BCBSOK] y que ninguna persona, entidad u organización, que no sea [BCBSOK] será responsable ante el asegurado principal de cumplir las obligaciones de [BCBSOK] que surjan del presente acuerdo. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional en absoluto de parte de [BCBSOK] además de aquellas obligaciones creadas bajo otras estipulaciones del presente acuerdo.

Apellido del solicitante:

Nombre:

## Lea y firme a continuación (continuación)

### Divulgación de información:

Al contratar esta cobertura médica de Medicare, acepto que Blue Cross Medicare Advantage divulgará mi información con Medicare, y con otras aseguradoras si es necesario, quién puede usarla para darle seguimiento a mi solicitud de cobertura, hacer pagos y realizar otras funciones permitidas según las leyes federales (lea la declaración de la ley de privacidad a continuación). Según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud de cobertura es correcta.

Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi cobertura.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si el documento tiene la firma de una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que **1)** esta persona está autorizada para completar esta solicitud de cobertura conforme a las leyes estatales y **2)** la documentación de esta autorización está disponible en caso de ser solicitada por Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Parentesco con el solicitante:

### Uso administrativo

Número de cobertura:

Fecha de entrada en vigor de la cobertura:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ ICEP/IEP

☐ AEP

☐ SEP (tipo):

☐ No elegible

Apellido del solicitante:

Nombre:

## Información del agente de seguros

Para recibir su compensación, tiene que completar la siguiente información y el solicitante tiene que cumplir con ciertos requisitos (consultar la información a continuación). Si no completa esta sección del formulario, no se le pagará por este solicitante.

Como el agente de seguros, declaro que la siguiente información es verdadera. Al firmar esta solicitud de cobertura médica, entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en medidas disciplinarias que podrían incluir la pérdida de pagos de compensación o la anulación de la enmienda de Blue Cross Medicare Advantage.

Requisitos para percibir pagos de compensación:

- estar acreditado y, cuando corresponda, estar designado;
- haber completado correctamente el programa de certificación y capacitación de Blue Cross Medicare Advantage de 2023 antes de comercializar, vender, firmar cualquier solicitud de cobertura o prestar servicios para Blue Cross Medicare Advantage;
- y
- solicitar cobertura para un asegurado que haya sido aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) y no haber cancelado la solicitud de cobertura antes de la fecha de entrada en vigor.

Cumplí con el requisito de capacitación anual de CMS al completar los requisitos de certificación y capacitación AHIP y de Blue Cross Medicare Advantage para 2023, y lo hice antes de comercializar, vender o prestar servicios a este asegurado.

☐ Sí

☐ No

## Método de ventas

Llevé a cabo una cita de mercadeo en persona con este solicitante. Como consecuencia, he firmado el documento de la cita de ventas (*Scope of Appointment, SOA*) y entiendo que es posible que me pidan que proporcione esta documentación como parte del programa de control y supervisión (*Monitoring and Oversight Program*) de Blue Cross Medicare Advantage.

☐ Sí

☐ No

Indique el método mediante el cual se completó el documento de la cita de ventas (SOA) de este solicitante (marque una opción).

☐ Impreso ☐ Electrónico ☐ Telefónico ☐ Participó en un seminario (no se requiere el documento SOA)

Antes de que el solicitante completara esta solicitud de cobertura, le proporcioné información sobre requisitos de elegibilidad, períodos de inscripción, estipulaciones en las que no se pueden hacer cambios, servicios incluidos en la cobertura, primas, uso de las farmacias de la red, opciones de facturación y disponibilidad del Beneficio Adicional.

☐ Sí

☐ No

**Ingrese la siguiente información de manera meticulosa y legible. Los pagos de compensación precisos y oportunos dependen de esta información.**

Número del agente de seguros que hace este trámite (Número que le asignó BCBSOK):

\_\_\_\_\_ (No es el número del Seguro Social ni el número para pagar impuestos)

Número de teléfono:

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre:

Inicial del  
segundo  
nombre:

Apellido:

Firma del corredor/agente de seguros: **X**

Fecha:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido del solicitante:

Nombre:

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red o sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de Blue Cross Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Comuníquese con servicio al cliente o consulte la “Evidencia de cobertura” para obtener más información, incluida la información sobre gastos compartidos que se aplican a los servicios que reciba fuera de la red.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, que se refiere a GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs) (cobertura HMO) y se refiere a GHS Insurance Company (GHSIC) (coberturas PPO), ofrece las coberturas HMO y PPO. Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece las coberturas HMO y PPO disponibles como prestación laboral o a través de sindicatos. HCSC, BlueLincs y GHSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, BlueLincs y GHSIC son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) recopilan información de las coberturas Medicare para monitorear la participación de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en las coberturas para medicamentos con receta (PDP, en inglés), mejorar la atención médica y pagar los servicios médicos incluidos en la cobertura de Medicare. Esta información se recopila conforme a los Artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los Subcapítulos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Artículo 42 del Código Federal de Reglamentación (CFR, en inglés). CMS puede usar, divulgar o intercambiar la información de inscripción de beneficiarios de Medicare, tal y como se especifica en el sistema de registros System of Records Notice (SORN, en inglés) de “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, el sistema N.º 09-70-0588. La contestación a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuestas podría afectar el procesamiento de su solicitud de cobertura.