



Solicitud de cobertura Medicare para medicamentos con receta: Blue Cross MedicareRxSM

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

Si desea solicitar una cobertura Blue Cross MedicareRx, proporcione la siguiente información:

Marque la cobertura que desea solicitar:

Blue Cross MedicareRx Value (PDP)SM
\$95.60 por mes

Blue Cross MedicareRx Choice (PDP)SM
\$19.90 por mes

Apellido: Nombre: Inicial del segundo nombre: Sr. Sra. Srita.

Fecha de nacimiento: Sexo: Número de teléfono particular: Número de teléfono alternativo:
____ / ____ / ____ M F (____) ____ - ____ (____) ____ - ____

Domicilio permanente:

Ciudad: 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 para medicamentos recetados, debe contar con la Parte A y 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 se puede solicitar una cobertura para medicamentos recetados de Medicare durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre. Además, existen excepciones que pueden permitirle solicitar cobertura para medicamentos recetados de Medicare fuera del período de inscripción anual.

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 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"/> 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 aplica a su caso o tiene alguna duda, comuníquese con Blue Cross MedicareRx al 1-888-285-2249 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. 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 de la RRB o Medicare le facturará directamente. NO pague el monto IRMAA de la Parte D a Blue Cross MedicareRx.

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir el Beneficio Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, 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. Si desea obtener más información acerca del Beneficio 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 el Beneficio Adicional en línea en 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 cada mes.

Seleccione una opción de pago de la prima:

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 (Railroad Retirement Board, 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"/> Prefiero no responder. |

¿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"/> Prefiero no responder. |

Apellido del solicitante:

Nombre:

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Es usted un asegurado con cobertura vigente de Medicare a través de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma que desea cambiar de cobertura? **Sí** **No**
2. 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.

¿Cuenta con una cobertura para medicamentos recetados vigente? **Sí** **No**

Nombre de la cobertura vigente:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos **recetados** además de Blue Cross MedicareRx? **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:

3. ¿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):

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

Español

Braille/letra grande

Comuníquese con Blue Cross MedicareRx al 1-888-285-2249 si necesita información en un formato o idioma diferentes de los que mencionamos anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. 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.

Lea esta información importante



Si ya cuenta con una cobertura Medicare Advantage (como una cobertura HMO o PPO), es posible que ya tenga cobertura para medicamentos recetados a través de la cobertura Medicare Advantage que cumplirá con sus necesidades. Al solicitar una cobertura Blue Cross MedicareRx, es posible que su cobertura Medicare Advantage finalice.

Esto afectará su cobertura médica y hospitalaria, como también su cobertura para medicamentos recetados. Lea la información enviada por su cobertura Medicare Advantage y, si tiene alguna pregunta, comuníquese con su cobertura Medicare Advantage.

Si tiene cobertura médica vigente como prestación laboral a través de una empresa o un sindicato, contratar la cobertura Blue Cross MedicareRx puede afectar la cobertura que tiene vigente. Ya que al contratar la cobertura Blue Cross MedicareRx, podría perder dicha cobertura. 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.

Apellido del solicitante:

Nombre:

Lea y firme a continuación:

Al completar esta solicitud, acepto lo siguiente:

Blue Cross MedicareRx es una cobertura para medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura para medicamentos recetados se agrega a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, tendré que mantener mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare para permanecer en esta cobertura. Es mi responsabilidad informarle a Blue Cross MedicareRx sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga actualmente o pueda tener en el futuro. Solo puedo tener una cobertura para medicamentos recetados de Medicare a la vez: si actualmente tengo una cobertura para medicamentos recetados de Medicare, mi cobertura Blue Cross MedicareRx finalizará esa cobertura. 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 (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que cumpla con los requisitos para determinadas circunstancias especiales.

Blue Cross MedicareRx sirve un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicios de Blue Cross MedicareRx, debo informárselo a la aseguradora para que yo pueda cancelar mi cobertura y buscar otra en el área donde viva. Entiendo que, debo acudir a farmacias de la red, excepto en casos de emergencia donde no tenga acceso a farmacias de la red de Blue Cross MedicareRx. Cuando sea un asegurado de Blue Cross MedicareRx, tendrá 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 MedicareRx, la leeré para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener esta cobertura.

Entiendo que, si dejo esta cobertura y no tengo ni contrato otra cobertura para medicamentos recetados de Medicare o una cobertura para medicamentos recetados acreditable (tal y como la de Medicare), es posible que, además de la prima de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare que contrate en el futuro, tenga que pagar una multa por solicitar cobertura tarde.

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

Es posible que haya servicios de asesoramiento a mi disposición en mi estado para brindarme consejos sobre el Seguro Suplementario de Medicare u otras opciones de coberturas para medicamentos con receta o de Medicare Advantage, asistencia médica por medio del programa Medicaid estatal y el Programa de Ahorros de Medicare.

Por la presente, el asegurado principal reconoce expresamente que entiende que este acuerdo constituye un contrato únicamente entre el asegurado principal y Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK), la cual es una compañía independiente que opera conforme a una licencia emitida por Blue Cross and Blue Shield Association, una Asociación de entidades Blue Cross and Blue Shield independientes (la "Asociación"), lo cual permite que BCBSOK use las marcas de servicio de Blue Cross o Blue Shield en el estado de Oklahoma, 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 ni 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.

Divulgación de información:

Al contratar esta cobertura para medicamentos recetados de Medicare, acepto que Blue Cross MedicareRx divulgará mi información con Medicare, y con otras aseguradoras según sea 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 médica 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 a completar esta solicitud de cobertura conforme a las leyes estatales y
- 2)** la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Apellido del solicitante:

Nombre:

Lea y firme a continuación (continuación)**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:

 IEP AEP SEP (tipo):

Apellido del solicitante:

Nombre:

Información del agente de seguros

Para recibir su compensación, debe completar la siguiente información y el solicitante tiene que cumplir con ciertos requisitos (consultar la información que figura 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, 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 MedicareRx.

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 MedicareRx de 2023 antes de comercializar, vender, firmar cualquier solicitud de cobertura o prestar servicios para Blue Cross MedicareRx; **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 MedicareRx para 2023, y lo hice antes de comercializar, vender o prestar servicios a este solicitante.

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 MedicareRx.

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:

N.º de solicitud electrónica

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, que se refiere a HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas para medicamentos con receta. Patrocinadora aprobada por Medicare de la Parte D. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HISC depende de la renovación del contrato.

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.