



## Certificación de elegibilidad para un período de solicitud de cobertura

**Por lo general, únicamente puede solicitar cobertura Medicare Advantage durante el período de solicitud de cobertura 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 solicitud de cobertura. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su cobertura.

<input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.	
<input type="checkbox"/> Estoy inscrito en una cobertura de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de solicitud de cobertura abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).	
<input type="checkbox"/> Me acabo de mudar fuera 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. Salí el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Acabo de regresar a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Hace poco se legalizó mi estancia en Estados Unidos. Obtuve esta legalización el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Recientemente se produjo un cambio en mi Medicaid (obtención reciente de Medicaid, se produjo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o pérdida de Medicaid) el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Recientemente se produjo un cambio en el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés) que paga mi cobertura de medicamentos de Medicare (obtención reciente del Beneficio Adicional, se produjo un 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 me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo el Beneficio Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta 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 hogar de servicios de enfermería 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 con receta (una cobertura tal y como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Dejaré de tener la cobertura de la empresa para la que trabajo o del sindicato el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Participo en un programa de ayuda que brinda mi estado para medicamentos.	
<input type="checkbox"/> Mi cobertura ya no tendrá contrato con Medicare, o Medicare ya no tendrá contrato con mi cobertura.	
<input type="checkbox"/> Estaba inscrito en una cobertura de Medicare (o mi estado) y deseo elegir una cobertura diferente. Mi solicitud de cobertura comenzó el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Estaba inscrito en una cobertura Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para tener esa cobertura. Cancelaron mi solicitud de cobertura en la cobertura SNP el (escriba la fecha).	/ /
<input type="checkbox"/> Sufrí una emergencia climática o catástrofe (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 realizar mi solicitud de cobertura debido al desastre natural.	

Apellido del solicitante:

Nombre:



**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece de enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)?  Sí  No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o si ya no necesita recibir diálisis de manera regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que indiquen que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis. De lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otra cobertura privada, TRICARE, una cobertura médica para empleados federales, beneficios de la Administración para veteranos o programas estatales de ayuda para medicamentos.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Blue Cross Medicare Advantage?  Sí  No

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

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de asegurado para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

3. ¿Es residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un hogar de servicios de enfermería?  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): \_\_\_\_\_

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

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

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

6. ¿Tiene una póliza de Medicare Advantage vigente que desea reemplazar?

Sí  No

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

**Escoja el nombre de un médico de cabecera (PCP, en inglés), de una clínica o de un centro de salud:**

Nombre del PCP:	Apellido del PCP:	Número de identificación del PCP:	Paciente actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------	-------------------	-----------------------------------	---

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

Inglés

Braille/impreso con letra grande

Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage al 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1), si necesita información en otro formato o en un idioma diferente del incluido más arriba. 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.º de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz).

Apellido del solicitante:

Nombre:

## Lea esta información importante

**ALTO**

**Si actualmente tiene cobertura médica de la empresa para la que trabaja o de un sindicato, obtener la cobertura Blue Cross Medicare Advantage podría afectar sus beneficios médicos de la empresa o del sindicato. Si decide obtener la cobertura Blue Cross Medicare Advantage, podría perder la cobertura médica disponible a través de la empresa para la que trabaja o del**

**sindicato.** Lea las comunicaciones que la empresa o el sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina incluida en la documentación que reciba de ellos. En caso de que no figure ninguna información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

## Lea y firme a continuación

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

Blue Cross Medicare Advantage es una cobertura Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener mi cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solo puedo recibir una cobertura Medicare Advantage a la vez, y entiendo que al convertirme en asegurado en esta cobertura, automáticamente se cancelará mi cobertura con otra cobertura o medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga actualmente o pueda tener en el futuro. Esta cobertura, por lo general, es por todo el año. Una vez inscrito, puedo dejar esta cobertura o hacer alguna modificación solo cuando el período para solicitar cobertura esté disponible cada año (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Blue Cross Medicare Advantage presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde Blue Cross Medicare Advantage presta servicios, debo informarle a mi aseguradora para que pueda cancelar mi cobertura y buscar una nueva cobertura 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 los 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 Medicare Advantage. Entiendo que normalmente Medicare no proporciona cobertura a los beneficiarios Medicare cuando están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura Blue Cross Medicare Advantage, tengo que recibir todos mis servicios de atención médica de Blue Cross Medicare Advantage, excepto en casos en los que requiera servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio. Estarán incluidos en la cobertura los servicios autorizados por Blue Cross Medicare Advantage y otros servicios especificados en mi Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del asegurado o contrato del titular de la póliza) de Blue Cross Medicare Advantage. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si obtengo ayuda de un agente de ventas, un corredor de coberturas u otra persona empleada o contratada por Blue Cross Medicare Advantage, esa persona podría recibir su 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 BCBSTX, la cual es una compañía independiente que opera conforme a una licencia emitida por Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de coberturas independientes Blue Cross and Blue Shield (la "Asociación"), lo cual permite que BCBSTX use las marcas de servicio de Blue Cross y/o Blue Shield en el estado de Texas, y que BCBSTX no actúa como agente de coberturas 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 BCBSTX y que ninguna persona, entidad ni organización que no sea BCBSTX será responsable ante el asegurado principal de las obligaciones de BCBSTX para con el asegurado principal que surjan del presente acuerdo. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional en absoluto de parte de BCBSTX 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 de Medicare, acepto que Blue Cross Medicare Advantage divulgue mi información a Medicare y a otras coberturas según sea necesario para tratamientos, pagos y funciones relacionadas a servicios de atención médica. También reconozco que Blue Cross Medicare Advantage divulgará mi información, incluidos mis datos sobre el uso de medicamentos con receta, a Medicare, el cual puede divulgarla para investigación y otros propósitos que siguen todas las regulaciones y normas federales aplicables. La información en esta solicitud de cobertura médica es correcta a mi leal saber y entender. 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 un individuo autorizado (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 especialista 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 coberturas

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

Como el agente de coberturas, 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 y/o la anulación de la enmienda de Blue Cross Medicare Advantage.

Requisitos para percibir pagos de compensación:

- tener licencia y, cuando corresponda, estar designado;
- haber completado correctamente el programa de certificación y entrenamiento de Blue Cross Medicare Advantage de 2018 antes de comercializar, vender, firmar cualquier solicitud de cobertura o prestar servicios para Blue Cross Medicare Advantage; y
- haber inscrito a 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 su solicitud antes de la fecha de entrada en vigor.

	Sí	No
Cumplí con el requisito de entrenamiento anual de CMS al completar el programa de certificación y entrenamiento de las coberturas de los Estados Unidos (America's Health Insurance Plans, AHIP) y Blue Cross Medicare Advantage de 2018 y lo hice antes de comercializar, vender o prestar servicios a este solicitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método de ventas	Sí	No
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Participante de un seminario (no se requiere el documento SOA) Indique el método mediante el cual se completó el documento de la cita de ventas (SOA) de este solicitante (marcar una opción).	<b>N/A</b>	
	Sí	No
Antes de que el solicitante completara esta solicitud de cobertura médica, le proporcioné información sobre los requisitos de elegibilidad, los períodos de solicitud de cobertura, las estipulaciones en las que no se puede hacer un cambio, los beneficios, las primas de la cobertura, el uso de las farmacias de la red, las opciones de facturación y la disponibilidad del Beneficio Adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Número del agente de coberturas que hace este trámite (Número que le asignó BCBSIL): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de teléfono: ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Firma del corredor/agente de coberturas: <b>X</b>	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Apellido del solicitante:

Nombre:

**N.º de solicitud electrónica**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-774-8592 (TTY: 7-1-1).

Esta información no representa una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-774-8592 (TTY: 7-1-1), para obtener más información.

Coberturas HMO disponibles en los condados de Chambers, Fort Bend, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery y Orange.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, que se refiere a GHS Insurance Company (GHS), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas HMO. GHS es una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de las pólizas de GHS depende de la renovación del contrato.