



Solicitud de cobertura médica Blue Cross Medicare AdvantageSM para particulares

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 Choice Plus (PPO)SM <input type="checkbox"/> Austin/Houston: \$20.00 por mes <input type="checkbox"/> Dallas/San Antonio: \$0 por mes | Blue Cross Medicare Advantage Choice Premier (PPO)SM <input type="checkbox"/> Austin/Houston: \$90 por mes <input type="checkbox"/> Dallas: \$62 por mes |
|---|--|

| | | | |
|-----------|---------|-----------------------------|---|
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. |
|-----------|---------|-----------------------------|---|

| | | | |
|---|---|--|---|
| Fecha de nacimiento: □□/□□/□□□□ (M M / D D / A A A A) | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de teléfono particular: (□□□) □□□ - □□□□ | Número de teléfono alternativo: (□□□) □□□ - □□□□ |
|---|---|--|---|

Domicilio permanente (no se permite casilla de correo):

| | | | |
|---------|----------|---------|-------------------------|
| Ciudad: | Condado: | Estado: | Código postal: □□□□□ |
|---------|----------|---------|-------------------------|

Dirección postal (únicamente si es diferente a 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. <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare. <p>-O-</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o bien, la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. <p>Para solicitar una cobertura Medicare Advantage, debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare.</p> | Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____ Número de Medicare □□□□□□□□□□□□ Es posible que algunas casillas queden vacías. tiene derecho a _____ Vigente a partir del COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A) _____ COBERTURA PARA 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 inscrito en una cobertura de 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 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 con receta 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 inscripción en la 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 inscripción 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 inscripción debido al desastre natural. | / / |

Apellido del solicitante:

Nombre:

Si ninguna de estas afirmaciones corresponde a su caso o si tiene alguna duda, comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage llamando al 1-877-774-8592 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1) 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 setiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y días feriados.

Cómo pagar su prima de la cobertura

Para las coberturas con prima con valor de cero: Si determinamos que adeuda una multa por solicitar cobertura médica tarde (o si actualmente tiene una multa por solicitar cobertura tarde), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar la prima mensual, incluida cualquier multa por solicitar cobertura médica tarde que tenga o que pueda adeudar actualmente, por correo o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También puede optar por pagar su prima a través de deducciones automáticas del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual según sus ingresos para la Parte D (Parte D-IRMAA). Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de su prima de la cobertura. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB le facturarán directamente. **NO pague el monto IRMAA de la Parte D a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).**

Para las coberturas con primas: Puede pagar la prima mensual de la cobertura, (incluida cualquier multa por solicitar cobertura médica tarde que tenga o que pueda adeudar actualmente), por correo o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También puede optar por pagar su prima a través de deducciones automáticas del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual según sus ingresos para la Parte D (Parte D-IRMAA). Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de su prima de la cobertura. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o RRB le facturarán directamente. **NO pague el monto IRMAA de la Parte D a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).**

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir el Beneficio Adicional para pagar los gastos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los gastos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no estarán sujetas a la multa por lapso en la cobertura o por solicitar cobertura médica tarde. Muchas personas son elegibles para obtener estos ahorros y ni siquiera lo saben. Si desea obtener más información acerca de este Beneficio Adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su área 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 incluir los gastos de la cobertura de medicamentos con receta 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 incluya.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Apellido del solicitante:

Nombre:

Seleccione una opción de pago de la prima:

Recibir una factura

Transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, 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: Cheques 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 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 el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de entrada en vigor de su cobertura hasta el inicio de las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

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 que figura 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



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 que figura 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 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 INCLUIRÁN LAS COBERTURAS.**

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, 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: □□/□□/□□□□ | | |
| <input type="checkbox"/> ICEP/IEP | <input type="checkbox"/> AEP | <input type="checkbox"/> SEP (tipo): | <input type="checkbox"/> 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 que figura 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). | N/A | |
| | Sí | No |
| Antes de que el solicitante completara esta solicitud de cobertura médica, le proporcioné información sobre los requisitos de elegibilidad, los períodos de inscripción, 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(No es el número del Seguro Social ni el número para pagar impuestos)</small> | Número de teléfono: (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </input> | |
| Nombre: | Inicial del segundo nombre: | Apellido: |
| Firma del corredor/agente de coberturas: X | Fecha: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

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).

Los prestadores de servicios médicos que fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de brindar tratamiento a los asegurados del patrocinador de la cobertura/Parte D, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos para servicios que fuera de la red.

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 PPO disponibles en los condados de Bastrop, Bexar, Burnet, Caldwell, Chambers, Collin, Dallas, Denton, Fayette, Fort Bend, Hardin, Harris, Hays, Jefferson, Lee, Liberty, Montgomery, Tarrant, Travis y Williamson.

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