



## Solicitud de cobertura de medicamentos con receta de Medicare Blue Cross MedicareRx<sup>SM</sup> para particulares

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

### Si desea solicitar cobertura médica de Blue Cross MedicareRx, proporcione la siguiente información:

#### Marque la cobertura que desea solicitar:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b> \$30.70 por mes	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b> \$82.10 por mes	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b> \$140.10 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: (□□□) □□□-□□□□

#### Domicilio permanente (no se permite casilla de correo):

Ciudad: _____	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 cobertura 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, la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Para inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).

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 solicitud de cobertura

**Por lo general, únicamente se puede solicitar una cobertura de medicamentos con receta de Medicare durante el período de solicitud de cobertura anual que comprende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Además, existen excepciones que pueden permitirle solicitar cobertura de medicamentos con receta de Medicare fuera del período de solicitud de cobertura 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 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 condición 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"/> 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 en la cobertura comenzó 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:



**Responda las siguientes preguntas:**

1. ¿Es usted un asegurado existente de Blue Cross and Blue Shield of Texas Medicare que está cambiando de cobertura?

Sí  No

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.

¿Cuenta con una cobertura para medicamentos con receta existente?  Sí  No

Nombre de la cobertura existente: \_\_\_\_\_

¿Tendrá otra cobertura de **medicamentos** con receta además de Blue Cross MedicareRx?  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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 MedicareRx al 1-888-285-2249 si necesita información en otro formato o en un idioma diferente del incluido más arriba. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 7-1-1. 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, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz).

**Lea esta información importante**



**Si es un asegurado de una cobertura Medicare Advantage** (como una cobertura HMO o PPO), es posible que ya cuente con cobertura de medicamentos recetados a través de la cobertura Medicare Advantage que cumpla con sus necesidades. Al inscribirse en Blue Cross MedicareRx, es posible que finalice su participación en la cobertura Medicare Advantage.

Esto afectará su cobertura de médicos y hospitales, como también su cobertura de medicamentos con receta. Lea la información enviada por su cobertura Medicare Advantage y, si tiene alguna pregunta, comuníquese con su cobertura Medicare Advantage.

**Si actualmente tiene cobertura médica de la empresa para la que trabaja o de un sindicato, participar en Blue Cross MedicareRx podría afectar sus beneficios médicos de la empresa para la que trabaja o del sindicato.**

Si decide participar en Blue Cross MedicareRx, 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 información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios 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 de cobertura médica, acepto lo siguiente:**

Blue Cross MedicareRx es una cobertura de medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos con receta 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. Es mi responsabilidad informar a Blue Cross MedicareRx sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga actualmente o pueda tener en el futuro. Puedo estar solamente en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare a la vez: si actualmente estoy en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, mi solicitud de cobertura en Blue Cross MedicareRx finalizará esa solicitud de cobertura. Esta cobertura, por lo general, es por todo el año. Una vez que esté asegurado, puedo dejar esta cobertura o hacer cambios en caso de que se encuentre disponible un período de solicitud de cobertura, por lo general, durante el período anual de solicitud de cobertura (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que cumpla con los requisitos para determinadas circunstancias especiales.

Blue Cross MedicareRx presta servicios en un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área donde Blue Cross MedicareRx presta servicios, debo informarle a la cobertura para que pueda cancelar mi solicitud de cobertura y buscar una nueva cobertura en el área donde viva. Entiendo que debo usar las farmacias de la red, excepto en casos de emergencia donde no pueda usar razonablemente las farmacias de la red de Blue Cross MedicareRx. Cuando sea un asegurado de Blue Cross MedicareRx, tendré derecho a apelar las decisiones de la cobertura sobre el pago o los 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 cobertura.

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

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

Es posible que haya servicios de asesoría a mi disposición en mi estado para brindarme consejos sobre la Cobertura Suplementaria de Medicare u otras opciones de coberturas de medicamentos con receta 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 Texas (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.

### **Divulgación de información:**

Al inscribirme en esta cobertura de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Blue Cross MedicareRx divulgue mi información a Medicare y a otras coberturas según sea necesario para tratamientos, pagos y funciones relacionadas a la atención médica. También reconozco que Blue Cross MedicareRx 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 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:

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b> □□/□□/□□□□
Si usted es el especialista autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:	
Nombre:	
Dirección:	
Número de teléfono: (□□□) □□□-□□□□	
Parentesco con el solicitante:	

**Solo para uso por parte de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:**

Número de cobertura:				
Fecha de entrada en vigor de la cobertura:	Fecha: □□/□□/□□□□	IEP: _____	AEP: _____	SEP (tipo): _____

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, 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 MedicareRx.

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 MedicareRx de 2018 antes de comercializar, vender, firmar cualquier solicitud de cobertura o prestar servicios para Blue Cross MedicareRx; 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 la solicitud antes de la fecha de entrada en vigor.

		Sí	No
Cumplí con el requisito de capacitación anual de CMS al completar el programa de certificación y entrenamiento de AHIP y Blue Cross MedicareRx de 2018 y lo hice antes de comercializar, vender o prestar servicios con 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 MedicareRx.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique el método mediante el cual se completó el documento de la cita de ventas (SOA) de este solicitante (marcar una opción): <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)		<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"/> (No es el número del Seguro Social ni el número para pagar impuestos)		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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 7-1-1).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 7-1-1).

Esta información no representa una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 7-1-1), para obtener más información.

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 la cobertura de medicamentos con receta. Patrocinadora de la Parte D aprobada por Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HISC depende de la renovación del contrato.