

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en el Plan Medicare Advantage o en el Plan de medicamentos con receta médica de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: para inscribirse en el plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que inicia el 1 de enero).
- En el plazo de 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones donde tiene permitido inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul).
- Su domicilio permanente y número de teléfono.

Nota: debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los artículos de la Sección 2 son opcionales: no se le negará la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, en promedio, lo cual incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en fuentes de información existentes, reunir los datos necesarios, completar la solicitud de información y revisarla. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni otros elementos con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos y no se relacione con cómo mejorar este formulario o la carga para la recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará o enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede luego?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura con la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su cheque mensual de beneficios del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios). ¿Qué sucede luego?

¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Arkansas Blue Medicare
P.O. Box 3648
Little Rock, AR 72203

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Arkansas Blue Medicare al 1-844-201-4934. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: llame a Arkansas Blue Medicare al 1-844-201-4934 /TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Formulario de inscripción para Medicare Advantage 2021



Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

A continuación, busque su condado para ver la lista de primas mensuales de cada plan. Marque el plan en el que desea inscribirse:



CONDADO	BlueMedicare Premier (HMO)	BlueMedicare Saver Choice (PPO)	BlueMedicare Value Choice (PPO)	BlueMedicare Premier Choice (PPO)
Benton	\$0		\$29	\$49
Carroll	\$0		\$29	\$49
Clay		\$0		\$49
Conway			\$29	\$49
Crawford	\$0		\$29	\$49
Cross		\$0		\$49
Franklin	\$0		\$29	\$49
Garland	\$0		\$29	\$49
Greene	\$0		\$29	\$49
Independence		\$0	\$29	\$49
Jefferson	\$0			\$49
Lawrence		\$0	\$29	\$49
Lonoke	\$0			\$49
Marion			\$29	\$49

A continuación, busque su condado para ver la lista de primas mensuales de cada plan. Marque el plan en el que desea inscribirse:



Newton			\$29	\$49
Ouachita			\$29	\$49
Perry	\$0			\$49
Poinsett	\$0		\$29	\$49
Polk			\$29	\$49
Pope			\$29	\$49
Pulaski	\$0			\$49
Randolph		\$0		\$49
Saline	\$0			\$49
Scott	\$0		\$29	\$49
Searcy		\$0	\$29	\$49
Sebastian	\$0		\$29	\$49
St. Francis		\$0	\$29	\$49
Van Buren			\$29	\$49
Washington	\$0		\$29	\$49
Blanco	\$0			\$49
Woodruff		\$0	\$29	\$49
Yell			\$29	\$49

PRIMER nombre	APELLIDO	Inicial del segundo nombre
---------------	----------	----------------------------

Fecha de nacimiento	Sexo M F	Número de teléfono
---------------------	-------------	--------------------

Dirección de residencia permanente. No ingrese un apartado postal.	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
---	--------	---------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente de la dirección de residencia permanente (se permiten apartados postales): Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

- -

Responda estas importantes preguntas:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta médica (como VA, TRICARE) además de Arkansas Blue Medicare?

Sí No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro de esta cobertura:	Número de grupo de esta cobertura:
------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen algunas excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones atentamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).

Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el

Hace poco salí de prisión. Salí el

Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el

Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el

Recientemente hice un cambio en mi plan Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, realicé un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el

Recientemente, realicé un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, realicé un cambio de nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare pero no he realizado un cambio.

Me mudaré a, vivo en o recientemente me mudé de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, una residencia con servicios de enfermería o centro de atención de largo plazo). Me mudé/mudaré al/del centro el

Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el

Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta médica (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el

Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.

Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.

Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el

Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales del plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el

Fui afectado por un desastre mayor o una emergencia relacionada con el clima según lo establece la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]. Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplican en su caso o no está seguro, comuníquese con Arkansas Blue Medicare al 1-844-201-4934 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los siete días de la semana, salvo en Acción de Gracias y Navidad. Pero del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, cinco días a la semana.

IMPORTANTE: lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Arkansas Blue Medicare.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage o Plan de medicamentos con receta médica de Medicare, reconozco que Arkansas Blue Medicare compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la obtención de esta información (vea la declaración de la Ley de privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde esto puede afectar la inscripción en el plan.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare por lo general no reciben cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Arkansas Blue Medicare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta médica de Arkansas Blue Medicare. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que son proporcionados por Arkansas Blue Medicare y que están incluidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del miembro). Ni Medicare ni Arkansas Blue Medicare pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 1. Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Parentesco con el miembro

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no completó esta información.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Letra de imprenta grande

Comuníquese con Arkansas Blue Medicare al 1-844-201-4934 si necesita información en un formato accesible diferente a lo que se indica anteriormente. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los siete días de la semana, salvo en Acción de Gracias y Navidad. Pero del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, cinco días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (711).

¿Trabaja?

Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

Sí No



Indique su médico de atención primaria, clínica o centro de salud:

Pago de las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier penalidad por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) por correo postal o mediante transferencia electrónica de fondos (electronic funds transfer, EFT) todos los meses. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática mensual de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).

Si tiene que pagar un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Arkansas Blue Medicare.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción del beneficiario en Medicare Advantage (MA) o planes de medicamento con receta médica (PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso de Sistema de Registro (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)"; Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde esto puede afectar la inscripción en el plan.

