

Formulario de inscripción individual 2025 para el plan Medicare Advantage (HMO) de Experience Health

Personas sin hogar:

- Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques de seguridad social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

A. Información personal (exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare):

Primer nombre: Inicial del
segundo nombre:

Apellido: Sufijo:

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) Género: Masculino Femenino
 / /

Número de teléfono primario: Número de teléfono alternativo: (opcional)
 - - - -

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Dirección permanente de residencia: (No se permite apartado postal)

Ciudad: Estado: Código postal:

Condado:

Dirección de correo: (si es diferente a la dirección permanente. Se permite apartado postal)

Ciudad: Estado: Código postal:

B. Todas las preguntas en esta sección son opcionales:

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no contestarlas.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No; no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí; puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Sí; soy mexicano, mexicano-americano, chicano | <input type="checkbox"/> Sí; cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí; soy de otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su género? Selecciones uno.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa sobre sí mismo? Seleccione una opción.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

C. Preferencias de Comunicación:

Comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) si necesita información en otro idioma, como español, al 1-833-905-1311 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Seleccione una de las siguientes opciones si desea que le enviemos la información en un formato accesible.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Braille | <input type="checkbox"/> CD de audio |
| <input type="checkbox"/> Letra grande | <input type="checkbox"/> CD de datos (USB) |

Deseo recibir los materiales del plan por correo electrónico. Indiqué mi dirección de correo electrónico arriba. Una vez que sea afiliado, visite **BlueConnectNC.com** para configurar sus preferencias de comunicación.

- Sí No

D. Por favor, señale en qué plan desea inscribirse:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Experience Health | <input type="checkbox"/> H3777-001-002 | <input type="checkbox"/> H3777-001-004 |
| | <input type="checkbox"/> H3777-001-003 | |

E. Seleccione el nombre de un proveedor de atención primaria (PCP):

Nombre del proveedor de atención primaria:

Si no selecciona un proveedor de atención primaria, se le asignará uno.

Dirección del proveedor:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Código del proveedor de atención primaria:
(National Provider Identifier #)

Número de teléfono del proveedor
de atención primaria:

 - -

(Para encontrar un número NPI, acceda en línea a nuestro directorio de proveedores en: BlueCrossNC.com/experience-health)

Paciente actual Paciente nuevo

F. Proporcione la información de su seguro de Medicare:

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

– O –

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Tenga en cuenta que debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse a un plan Medicare Advantage.

Nombre: (tal como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare:

Fecha de entrada en vigencia: (mm/dd/aaaa)

Hospital (Parte A): / /

Médico (Parte B): / /

G. Pagando la prima de su plan:

Planes con prima cero: Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía, necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

Planes con primas: Puede pagar la prima mensual de su plan, incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar, por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe 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 la RRB). NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D-IRMAA a Blue Cross NC.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

- Reciba una factura cada mes.
- Deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social.
- Deducción automática mensual del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Tenga en cuenta que la deducción del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria puede demorar dos meses o más en comenzar después de 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 la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.

H. Lea y responda estas importantes preguntas:

- Sí 1. ¿Tiene usted enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?
Nota: Responder esta pregunta no afecta su elegibilidad para inscribirse.
- No

- Sí 2. ¿Usted trabaja?
- No

- Sí 3. ¿Su cónyuge trabaja?
- No

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Experience Health Medicare Advantage (HMO)? **Si respondió "sí"**, indique su otra cobertura y su número de identificación para esta cobertura.

Número de identificación para esta cobertura: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

Nombre de la otra cobertura: _____

- Sí 4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? **Si la respuesta es "sí"**, proporcione su número de Medicaid.
- No

Número de Medicaid

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

I. Lea esta importante información:



Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a Experience Health Medicare Advantage (HMO) podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se une a Experience Health Medicare Advantage (HMO). Lea las comunicaciones que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

J. Elegibilidad para un período de inscripción:

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla de la izquierda si la afirmación corresponde a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su conocimiento, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le dé de baja.

Período de inscripción anual (AEP). La fecha de entrada en vigencia de su plan será el **1 de enero**.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

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

De dónde se mudó:

Condado: _____ Estado: _____

Me mudé el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Seleccione la fecha de entrada en vigencia de su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente salí de la prisión.

Salí el (mm/dd/aaaa)

/ /

Me estoy mudando, vivo en o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un establecimiento de atención a largo plazo).

Me mudé o me mudaré a este establecimiento el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Recientemente dejé un programa PACE:
(Programas de Atención Integral para
Personas Mayores)

Recientemente dejé un programa PACE:
(mm/dd/aaaa)

/ /

Hace poco perdí involuntariamente mi
cobertura válida para medicamentos con
receta (una cobertura tan buena como la de
Medicare).

Perdí mi cobertura de medicamentos el:
(mm/dd/aaaa)

/ /

Seleccione la fecha de entrada en vigencia de su
plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Estoy dejando la cobertura del empleador
o sindicato en:

(mm/dd/aaaa)

/ /

Seleccione la fecha de entrada en vigencia de su
plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

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

Recientemente regresé a los Estados Unidos
después de vivir permanentemente fuera
del país.

Regresé a los Estados Unidos el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Seleccione la fecha de entrada en vigencia de su
plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Mi plan está terminando su contrato con
Medicare, o Medicare está terminando su
contrato con mi plan.

Mi plan termina el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Mi plan es con:

Me inscribí en un Plan de Necesidades
Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero
perdí la calificación de necesidades especiales
requerida para estar en ese plan.

Me cancelaron mi inscripción en un Plan de
Necesidades Especiales (Special Needs Plan,
SNP), el: (mm/dd/aaaa)

/ /

Seleccione la fecha de entrada en vigencia de
su plan: (mm/dd/aaaa)

/ /

Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor [declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local]. Una de las otras afirmaciones aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Recientemente obtuve el estatus de estadía legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el: (mm/dd/aaaa)
□ □ / □ □ / □ □ □ □

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en: (mm/dd/aaaa)
□ □ / □ □ / □ □ □ □

Recientemente tuve un cambio en mi *Ayuda Adicional (Extra Help)* para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién recibí *Ayuda Adicional*, tuve un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) en: (mm/dd/aaaa)
□ □ / □ □ / □ □ □ □

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

Ninguna de estas afirmaciones se aplica a mi caso.* Otro motivo del Período Especial de Inscripción (SEP):

*Si necesita más ayuda para determinar si es elegible para inscribirse, comuníquese con Experience Health Medicare Advantage (HMO) al: **833-905-1311** o, para usuarios de TTY, marque 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. entre el 1 de octubre y el 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

K. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

1. Entiendo que únicamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage o de medicamentos con receta. **Si estoy inscrito en un plan complementario de Medicare, debo cancelar mi inscripción para no duplicar los beneficios.**
2. Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en el plan Experience Health Medicare Advantage (HMO).

3. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, es posible que su inscripción en el plan se vea afectada.
4. La información que aparece en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se me cancelará mi inscripción en el plan.
5. Entiendo que cuando comience mi cobertura de Experience Health Medicare Advantage (HMO), debo obtener todos mis beneficios médicos de Experience Health Medicare Advantage (HMO). Los beneficios y servicios proporcionados por Blue Cross NC y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Experience Health Medicare Advantage (HMO) (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Blue Cross NC pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
6. Blue Cross NC proporciona servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Blue Cross NC, debo notificar al plan para poder cancelar mi afiliación y buscar un nuevo plan en mi nueva área.
7. Una vez que sea afiliado de Blue Cross NC, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo.
8. Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Blue Cross NC, se le puede pagar en función de mi inscripción en Blue Cross NC.

Divulgación de información

Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Blue Cross NC compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).

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 de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), 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 los artículos 422.50 y 422.60 del Título 42 del CFR autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Al compartir su número de teléfono, usted acepta recibir llamadas o mensajes de texto de Blue Cross NC o sus asociados. Blue Cross NC y sus asociados no utilizarán su número con fines comerciales o de mercadeo. Las llamadas pueden incluir llamadas pregrabadas o llamadas con voz robótica.

L. Acuerdo del solicitante:

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para completar este formulario de inscripción; y 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Su firma: _____

/ /

Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

M. Únicamente para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario:

Complete esta sección si usted es un agente, corredor de seguro, asesor de SHIPO, familiar o un tercero que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____ Número de productor nacional: _____
(Solo agentes o corredores)

USO EXCLUSIVO DE AGENTES AUTORIZADOS

Los agentes deben presentar un formulario de inscripción firmado dentro de las 24 horas siguientes a haberlo recibido.

Firma del agente: _____ Nombre del agente en letra de imprenta: _____

Fecha que se recibió la solicitud: / / NPN#: _____
(mm/dd/aaaa) Información obligatoria

Número de teléfono: _____ Número de agente: _____

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) provides free aids to service people with disabilities as well as free language services for people whose primary language is not English. Please contact 1-833-905-1311 (TTY: 711) for assistance.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Llame al 1-833-905-1311 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ®, SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association.