



## Formulario para solicitar cobertura complementaria opcional

Comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Montana si necesita información en otro idioma o formato (braille).

### Para solicitar una cobertura complementaria opcional, proporcione la siguiente información:

Marque la cobertura que desea solicitar: (Marque ÚNICAMENTE una)

#### Blue Cross Medicare Advantage Flex (PPO)

Cobertura complementaria opcional Premier - Servicios dentales / para la vista / para la audición: \$60.10 por mes

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Apellido:                               | Nombre:  | Inicial del segundo nombre:                        | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. |
| Fecha de nacimiento:<br>____/____/_____ | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Número de teléfono particular:<br>(____)____-_____ | Número de teléfono alternativo:<br>(____)____-_____                                       |

#### Dirección de su domicilio permanente:

|         |          |         |                         |
|---------|----------|---------|-------------------------|
| Ciudad: | Condado: | Estado: | Código postal:<br>_____ |
|---------|----------|---------|-------------------------|

#### Dirección postal (únicamente si es diferente de su domicilio permanente):

|            |         |         |                         |
|------------|---------|---------|-------------------------|
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal:<br>_____ |
|------------|---------|---------|-------------------------|

Dirección de correo electrónico del solicitante:

### Proporcione la información de su seguro de Blue Cross and Blue Shield of Montana

Si ya cuenta con una cobertura Blue Cross Medicare Advantage<sup>SM</sup>, proporcione el número de asegurado en su tarjeta del seguro.

Nombre (como aparece en la tarjeta del seguro médico):  
\_\_\_\_\_

Número de asegurado:  
\_\_\_\_\_

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red o sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de Blue Cross Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Comuníquese con servicio al cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluida la información sobre gastos compartidos que se aplican a los servicios que reciba fuera de la red.

Blue Cross and Blue Shield of Montana, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas HMO y PPO. Coberturas HMO disponibles únicamente como prestación laboral o a través de sindicatos. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de las pólizas de HCSC depende de la renovación de los contratos.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) recopilan información de las coberturas Medicare para monitorear la participación de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en las coberturas para medicamentos con receta (PDP, en inglés), mejorar la atención médica y pagar los servicios médicos incluidos en la cobertura de Medicare. Esta información se recopila conforme a los Artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los Subcapítulos 422.50, 422.60, 422.30 y 423.32 del Artículo 42 del Código Federal de Reglamentación (CFR, en inglés). CMS puede usar, divulgar o intercambiar la información de inscripción de beneficiarios de Medicare, tal y como se especifica en el sistema de registros System of Records Notice (SORN, en inglés) de "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", el sistema N.º 09-70-0588. La contestación a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuestas podría afectar el procesamiento de su solicitud de cobertura.

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| Apellido del solicitante: | Nombre: |
|---------------------------|---------|

**Seleccione una opción de pago de la prima: (Seleccione una opción de pago)**

**Recibir una factura**

**Transferencia electrónica de fondos (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:  cuenta de cheques  cuenta de 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**  **Junta de Retiro Ferroviario (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 aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de entrada en vigor de su cobertura hasta el inicio de las retenciones. Si no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

**Lea y firme a continuación**

Al completar este formulario para solicitar cobertura, estoy aceptando añadir la cobertura complementaria opcional por <\$XX.XX> mensuales, una cantidad adicional a lo que pago por las primas mensuales de mi cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Montana.

Al firmar esta solicitud, certifico que he leído y entiendo este formulario y su contenido. Si este formulario para solicitar cobertura tiene la firma de una persona autorizada por usted, esto certifica que la persona está autorizada por la ley estatal para hacerlo.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar la sección anterior y proporcionar la siguiente información.**

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Parentesco con el/la solicitante:

**Use la siguiente información para enviar esta solicitud completada por correo postal o fax.**

Correo postal:

**Blue Cross Medicare Advantage  
c/o Member Services  
P.O. Box 4555  
Scranton, PA 18505**

Fax:

**1-855-895-4747**

Apellido del solicitante:

Nombre: