

PLANES PREMIERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE  
Optional Supplemental Dental Plan Enrollment Form /  
Formulario De Inscripción Al Plan Dental  
Complementario Opcional



PO Box 262548  
Plano, TX 75026  
Fax: 800-381-4837

Check the box to enroll in / Marque la casilla para inscribirse en:

**Optional Supplemental Dental Plan - \$22.50 / Plan dental complementario opcional - \$22.50**

Usted puede agregar el plan dental complementario opcional dentro de los 60 días posteriores a la inscripción en el plan Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Core (HMO) o Peak + RX (HMO). La cobertura entra en vigencia el primer día del mes luego de la fecha de recepción de su formulario de inscripción completo.

**Primera member ID** (if available) / **Identificación de miembro de Primera** (si existiera): # / nro.

---

**Medicare ID** (if available) / **Identificación de Medicare** (si existiera): # / nro.

---

**Last name / Apellido:**

**First name / Nombre:**

---

**Birth date / Fecha de nacimiento:**

**Phone / Teléfono:**

---

**Email / Correo electrónico:**

---

**Street address / Dirección:**

---

**City / Ciudad:**

**State / Estado:**

**Zip / Código postal:**

---

Entiendo que la inscripción en el plan mencionado anteriormente es opcional. Además, entiendo que debo mantener mi cobertura en el plan Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Core (HMO) o Peak + RX (HMO), a fin de inscribirme en el plan opcional seleccionado. A su vez, entiendo que debo pagar la prima de mi plan opcional para mantener mi cobertura opcional. Leeré la información del plan de beneficios opcionales cuando la reciba, a fin de conocer cuáles son las reglas que debo seguir y qué servicios están cubiertos. Asimismo, entiendo y acepto que mi firma en este formulario de inscripción sirva como mi compromiso legal al plan y a sus términos. Esta firma representa mi autorización para que se divulgue información relacionada con los servicios que se me proporcionan. La información puede divulgarse a profesionales y organizaciones que proporcionen servicios con el objetivo de investigar o evaluar la atención en relación con una queja. Por el presente certifico que he leído, o que se ha leído ante mí, la solicitud completa. A su vez, reconozco que cualquier declaración falsa o tergiversación contenidas en esta pueden derivar en la pérdida de la cobertura complementaria opcional en virtud de la póliza.

**Signature / Firma:**

**Date / Fecha:**

---

If you are the authorized representative, you must sign above and provide the following information: /  
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

**Printed name / Nombre en letra imprenta:**

---

**Relationship to enrollee /**

**Relación con el solicitante:**

**Phone / Teléfono:**

---

Comuníquese con los planes Primera Medicare Advantage al **888-868-7767 (TTY/TDD:711)** de lunes a viernes, de 8 a. m a 8 p. m, (los 7 días de la semana, de 8 a. m a 8 p. m desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo) si necesita ayuda con su inscripción.

Primera Blue Cross es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Y0134\_PBC2645\_M

033631spa (10-01-2020)

## La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals  
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans – Complaints & Appeals  
PO Box 262527, Plano, TX 75026  
Toll free 888-850-8526, Fax 800-889-1076, TTY 711  
Email [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com).

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Language Assistance

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-850-8526 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-850-8526 (TTY: 711).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888-850-8526 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 888-850-8526 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-850-8526 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-850-8526 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-850-8526 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 888-850-8526 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888-850-8526 (TTY: 711)។

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-850-8526 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማሳሰቢያ:** የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 888-850-8526 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 888-850-8526 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-850-8526 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 888-850-8526 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 888-850-8526 (TTY: 711).

**ប្រៃសណីយ៍:** បើ អ្នក និយាយ ភាសា ខ្មែរ, ការ ជំនួយ ភាសា អាច មាន ឥត គិត ថ្លៃ ទេ ។ 888-850-8526 (TTY: 711) លេខ ទូរស័ព្ទ ។