

Formulario de solicitud de inscripción/ Enrollment Request Form

¿Quién puede usar este formulario?/Who can use this form?

Personas con Medicare que desean afiliarse a un Plan Medicare Advantage./
People with Medicare who want to join a Medicare Advantage Plan.

Para afiliarse a un plan, debe:/To join a plan, you must:

- Ser ciudadano de los EE. UU. o estar legalmente presente en los Estados Unidos./
Be a U.S. citizen or be lawfully present in the United States
- Vivir en el área de servicio del plan/Live in the plan's service area

Importante: Para afiliarse a un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos de los siguientes:/ Important: To join a Medicare Advantage Plan, you must also have both:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)/Medicare Part A (Hospital Insurance)
- Parte B de Medicare (seguro médico)/Medicare Part B (Medical Insurance)

¿Cuándo utilizo este formulario?/When do I use this form?

Puede afiliarse a un plan./You can join a plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para una cobertura que comienza a partir del 1 de enero)/
Between October 15 and December 7 each year (for coverage starting January 1)
- Dentro de los 3 meses de obtener por primera vez Medicare/Within 3 months of first getting Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite afiliarse o cambiar de planes/
In certain situations where you're allowed to join or switch plans

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan./
Visit Medicare.gov to learn more about when you can sign up for a plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?/What do I need to complete this form?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)/
Your Medicare number (the number on your red, white, and blue Medicare card)
- Su dirección y número de teléfono permanentes/
Your permanent address and phone number

Nota: debe completar todos los elementos en la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura porque no los llene./

Note: You must complete all items in Section 1. The items in Section 2 are optional—you can't be denied coverage because you don't fill them out.

Recordatorios:/Reminders:

- Si desea afiliarse a un plan durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado, a más tardar, el 7 de diciembre./
If you want to join a plan during the Annual Enrollment Period (October 15–December 7), the plan must get your completed form by December 7.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan sus pagos de prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario)./
Your plan will send you a bill for the plan's premium. You can choose to sign up to have your premium payments deducted from your bank account or your monthly Social Security (or Railroad Retirement Board) benefit.

¿Qué sucede después?/What happens next?

Envíe su formulario completado y firmado a:/Send your completed and signed form to:

Premera Blue Cross/Premera Blue Cross
PO Box 262548/PO Box 262548
Plano, TX 75026/Plano, TX 75026

Una vez que procesemos su solicitud para afiliarse, nos comunicaremos con usted./

Once we process your request to join, we'll contact you.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?/How do I get help with this form?

Llame a Premera Blue Cross Medicare Advantage al 888-868-7767 (TTY/TDD:711). O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (800-633-4227). Nuestro número de TTY para personas con discapacidades auditivas es 1-877-486-2048./

Call Premera Blue Cross Medicare Advantage at 888-868-7767 (TTY/TDD:711). Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Llame a Premera Blue Cross Medicare Advantage al 888-868-7767 (TTY/TDD: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./

Llame a Premera Blue Cross Medicare Advantage al 888-868-7767 (TTY/TDD: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.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que se muestre 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 recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850./

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-NEW. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

NOTA IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier elemento que obtengamos y que no se trate de mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en el formulario OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte “¿Qué sucede a continuación?” en esta página para enviar su formulario completado al plan./

IMPORTANT Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See “What happens next?” on this page to send your completed form to the plan.

Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios/Section 1 - All fields on this page are required

(a menos que estén marcados como opcionales)/(unless marked optional)

Todos los planes incluyen odontología preventiva e integral./
All plans include preventive and comprehensive dental.

SELECCIONE EL PLAN QUE DESEA:/SELECT THE PLAN YOU WANT:

KING • PIERCE • SNOHOMISH • THURSTON • WHATCOM/ KING • PIERCE • SNOHOMISH • THURSTON • WHATCOM

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HMO - \$0/HMO - \$0 | <input type="checkbox"/> Sound + Rx (HMO) - \$34/Sound + Rx (HMO) - \$34 |
| <input type="checkbox"/> Classic (HMO) - \$54/Classic (HMO) - \$54 | <input type="checkbox"/> Alpine (HMO) - \$24(sin cobertura de medicamentos recetados)/
Alpine (HMO) - \$24 (no prescription coverage) |
| <input type="checkbox"/> Peak + Rx (HMO) - \$0/Peak + Rx (HMO) - \$0 | |

LEWIS • KITSAP • COWLITZ • ISLAND • SAN JUAN • SKAGIT/ LEWIS • KITSAP • COWLITZ • ISLAND • SAN JUAN • SKAGIT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HMO - \$0/HMO - \$0 | <input type="checkbox"/> Classic (HMO) - \$54/Classic (HMO) - \$54 |
|--|--|

SPOKANE • WALLA WALLA/SPOKANE • WALLA WALLA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HMO - \$0/HMO - \$0 | <input type="checkbox"/> Total Health (HMO) - \$23/Total Health (HMO) - \$23 |
| <input type="checkbox"/> Classic (HMO) - \$54 (no disponible en Spokane)/
Classic (HMO) - \$54 (not available in Spokane) | |

STEVENS/STEVENS

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Total Health (HMO) - \$23/Total Health (HMO) - \$23 |
|--|

SU INFORMACIÓN/YOUR INFORMATION

Nombre:/ First Name: Apellido:/ Last Name: Inicial del segundo nombre:/ Mid Int:

Fecha de nacimiento:/ Birth Date: Sexo:/Sex: M/M F/F Teléfono:/ Phone:

Dirección de correo electrónico:/ Email Address: Enviar materiales electrónicamente:/ Send materials electronically: Sí/Yes No/No

Residencia permanente (no se permite el apartado postal)/Permanent residence (PO box is not allowed)

Dirección:/Street Address: Ciudad:/City:

Condado (opcional):/County (optional): Estado:/State: Código postal:/Zip:

Dirección postal, solo si se diferencia de la dirección de residencia permanente (se permite apartado postal)/Mailing address, only if different from permanent residence address (PO Box allowed)

Dirección:/Street Address: Ciudad:/City:

Estado:/State: Código postal:/Zip:

Contacto para emergencias/Emergency contact

Nombre:/Name: Teléfono:/Phone:

Relación con usted:/Relationship to You:

Elija el nombre de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):/Choose the name of a primary care provider (PCP):

Ubicación del PCP:/PCP Location:

REQUERIDO PARA LA SOLICITUD ENVIADA POR EL AGENTE/ REQUIRED FOR AGENT SUBMITTED APPLICATION

NOMBRE DEL AGENTE:/AGENT NAME:		N.º DE escritura:/WRITING #:	
Método inicial de contacto:/Initial method of contact:			
Fuente principal:/Lead Source:			
TIPO DE INSCRIPCIÓN:/ENROLLMENT TYPE:		FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL AGENTE:/ AGENT RECEIVED DATE:	
<input type="checkbox"/> EN PERSONA/IN PERSON		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:/EFFECTIVE DATE:	
<input type="checkbox"/> POR CORREO ELECTRÓNICO/VIA E-MAIL		TIPO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL:/SEP TYPE:	
<input type="checkbox"/> TELEFÓNICO/TELEPHONIC			
<input type="checkbox"/> ENVIADO POR CORREO AL AGENTE/MAILED TO AGENT			

SOLO PARA USO DEL AGENTE/
AGENT USE ONLY

SOLO PARA USO DEL AGENTE/
AGENT USE ONLY

**PROPORCIONE INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICARE/
PROVIDE YOUR MEDICARE INSURANCE INFORMATION**

**Use su tarjeta de Medicare para completar esta sección./
Please use your Medicare card to complete this section.**

- Llène los espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul./
Fill in the blanks so they match your red, white, and blue Medicare card.

--- **O bien/OR** ---

- Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario./
Attach a copy of your Medicare card or your letter from Social Security or the Railroad Retirement Board.

**Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para afiliarse al plan Medicare Advantage./
You must have Medicare Part A and Part B to join a Medicare Advantage plan.**

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare)/
Name (as it appears on your Medicare card):

Nro. de Medicare:/Medicare #:

Tiene derecho a/
Is entitled to

FECHA DE ENTRADA EN
VIGENCIA/
EFFECTIVE DATE

HOSPITAL (Parte A)/
HOSPITAL (Part A)

SEGURO MÉDICO
(Parte B) /
MEDICAL (Part B)

**LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES/
READ AND ANSWER THESE IMPORTANT QUESTIONS**

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica./
Some individuals may have other drug coverage, including other private insurance, TRICARE, federal employee health benefits coverage, VA benefits, or state pharmaceutical assistance programs.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Primera Blue Cross?/

Will you have other prescription coverage in addition to Primera Blue Cross? Sí/Yes No/No

En caso afirmativo, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:/
If "yes," list your other coverage and your identification (ID) number(s) for this coverage:

Nombre de la otra cobertura:/Name of other coverage: _____

N.º de ID para esta cobertura:/ID # for this coverage: _____

N.º de Grupo para esta cobertura:/Group # for this coverage: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:/IMPORTANT: Read and sign below:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Primera Blue Cross./I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in Primera Blue Cross.

- Al afiliarme a este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que Primera Blue Cross compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación)./
By joining this Medicare Advantage Plan or Medicare Prescription Drug Plan, I acknowledge that Primera Blue Cross will share my information with Medicare, who may use it to track my enrollment, to make payments, and for other purposes allowed by federal law that authorize the collection of this information (see Privacy Act Statement below).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan./
Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.
- A mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si de manera intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan./
The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if I intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan.
- Comprendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU./
I understand that people with Medicare are generally not covered under Medicare while out of the country, except for limited coverage near the U.S. border.
- Entiendo que debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Primera Blue Cross cuando comience mi cobertura en uno de los siguientes planes: Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO), o Primera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO) coverage./
I understand that I must get all of my medical and prescription drug benefits from Primera Blue Cross when my coverage begins on one of the following plans: Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), or Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), or Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), or Primera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO), or Primera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO), or Primera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO) coverage.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido que aparece en esta solicitud. Si la firma corresponde al representante autorizado (como se la describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:/
I understand that my signature (or the signature of the person legally authorized to act on my behalf) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized representative (as described above), this signature certifies that:
 - 1) la legislación estatal autoriza a esta persona a completar esta inscripción, y/
1) This person is authorized under state law to complete this enrollment, and
 - 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible a solicitud de Medicare./
2) Documentation of this authority is available upon request by Medicare.

Firma:/Signature: _____ Fecha:/Date: ____ ____ _____

**Si es el representante autorizado, firme y llene estos campos:/
If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:**

Nombre:/Name: _____ Número de teléfono:/Phone number: _____

Dirección:/Address: _____

Relación con el solicitante:/Relationship to Enrollee: _____

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales/Section 2 - All fields on this page are optional

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los llene./ Answering these questions is your choice. You can't be denied coverage because you don't fill them out.

Seleccione una casilla de verificación si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés./ Select a check box if you want us to send you information in a language other than English. Español/Spanish

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible./ Select one if you want us to send you information in an accessible format. Braille/Braille Letra grande/Large print

Comuníquese con Primera Medicare Advantage al 888-868-7767 (TTY/TDD:711) si necesita información en un formato accesible que no se mencione anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo)./Contact Primera Medicare Advantage at 888-868-7767 (TTY/TDD:711) if you need information in an accessible format other than what's listed above. Our office hours are Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., October 1–March 31).

¿Trabaja?/Do you work? Sí/Yes No/No ¿Su cónyuge trabaja?/Does your spouse work? Sí/Yes No/No

RAZA Y ETNIA/RACE AND ETHNICITY

RAZA/RACE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio asiático/Asian Indian | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico/Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Chino/Chinese | <input type="checkbox"/> Samoano/Samoan |
| <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro/Guamanian or Chamorro | <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska/
America Indian or Alaska Native |
| <input type="checkbox"/> Japonés/Japanese | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/Black or African American |
| <input type="checkbox"/> Coreano/Korean | <input type="checkbox"/> Blanco/White |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Native Hawaiian | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar/I choose not to answer |
| <input type="checkbox"/> Otros asiáticos/Other Asian | |

ORIGEN ÉTNICO/ETHNICITY

- No de origen hispano, latino o español/Not of Hispanic, Latino/a, or Spanish origin
- Puertorriqueño/Puerto Rican
- Otros hispanos, latinos o de origen español/Another Hispanic, Latino, or Spanish origin
- Mexicano/a, Mexicoamericano/a, Chicano/a/Mexican, Mexican American, Chicano/a
- Cubano/a/Cuban
- Elijo no contestar/I choose not to answer

Pago de las primas de su plan/Paying your plan premiums

Puede pagar la prima mensual de su plan, incluida cualquier penalización por inscripción tardía que tenga en la actualidad o que pueda adeudar, por correo o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes.

También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes./You can pay your monthly plan premium, including any late enrollment penalty that you currently have or may owe by mail or electronic funds transfer (EFT) each month. You can also choose to pay your premium by having it automatically taken out of your Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit each month.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se obtiene de su beneficio del Seguro Social, o bien puede recibir una factura de Medicare (o la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Premera Blue Cross./**If you have to pay a Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (Part D-IRMAA), you must pay this extra amount in addition to your plan premium.** The amount is usually taken out of your Social Security benefit, or you may get a bill from Medicare (or the RRB). DON'T pay Premera Blue Cross the Part D-IRMAA.

Recibirá automáticamente una factura mensual por la prima de su plan, si corresponde, incluida cualquier multa por inscripción tardía en la que pueda haber incurrido. O puede elegir una opción de pago diferente que se enumera a continuación:/You will automatically receive a monthly bill for your plan premium, if any, including any late enrollment penalty that you may have incurred. Or you can choose a different payment option listed below:

- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria mensualmente. Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:/Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month. Enclose a VOIDED check or provide the following:

Nombre del titular de la cuenta:/
Account Holder Name:

Tipo de cuenta:/Account type:

- Corriente/Checking
- Ahorros/Savings

Nro. de ruta bancaria:/
Bank Routing #:

Nro. de cuenta bancaria:/
Bank Account #:

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (Tenga en cuenta: La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. Antes de que comience la deducción, es posible que reciba facturas por su prima. Usted será responsable de pagar su prima mensual directamente a Premera a partir de su fecha de entrada en vigencia hasta la fecha en que comience su retención. Dejará de recibir facturas una vez que se apruebe la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una carta y una factura impresa por sus primas mensuales).

Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check (Please note: The Social Security/RRB deduction may take two or more months to begin after Social Security or RRB approves the deduction. Before the deduction begins, you may receive invoices for your premium. You will be responsible for paying your monthly premium directly to Premera from your effective date until the date your withholding begins. Invoices will stop once the deduction is approved. If Social Security or RRB does not approve your request for automatic deduction, we will send you a letter and paper bill for your monthly premiums.)

Recibo beneficios mensuales de/
I get monthly benefits from:

- Seguro Social/Social Security
 Junta de Retiro Ferroviario/Railroad Retirement Board

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Plan, 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 Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 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 (System of Records Notice, SORN), "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan./

PRIVACY ACT STATEMENT: The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) or Prescription Drug Plans (PDP), improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 and 1860D-1 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 and 423.32 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

**DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN/
ATTESTATION OF ELIGIBILITY FOR AN ENROLLMENT PERIOD**

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período./

Typically, you may enroll in a Medicare Advantage plan only during the annual enrollment period from October 15 through December 7 of each year. There are exceptions that may allow you to enroll in a Medicare Advantage plan outside of this period.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si dicha declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información resulta incorrecta, es posible que se cancele su inscripción./Please read the following statements carefully and check the box if the statement applies to you. By checking any of the following boxes, you are certifying that, to the best of your knowledge, you are eligible for an Enrollment Period. If we later determine that this information is incorrect, you may be disenrolled.

- Soy nuevo en Medicare./I am new to Medicare.
- Me estoy inscribiendo durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre./
I am enrolling during the Annual Enrollment Period from October 15 through December 7.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) desde el 1 de enero al 31 de marzo./
I am enrolled in a Medicare Advantage plan and want to make a change during the Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP) from January 1 through March 31.
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el _____./
I recently moved outside of the service area for my current plan or I recently moved and this plan is a new option for me. I moved on _____.
- Recientemente, salí de prisión. Fui liberado el _____./
I recently returned from incarceration. I was released on _____.
- Regresé hace poco a los Estados Unidos después de haber residido de forma regular fuera de los EE. UU. Regresé el _____./I recently returned to the United States after living permanently outside of the U.S. I returned to the U.S. on _____.
- Obtuve recientemente la condición de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve el estado en _____./
I recently obtained lawful presence status in the United States. I got status on _____.
- Obtuve hace poco un cambio en mi programa Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, me cambiaron de nivel en la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el _____./I recently had a change in my Medicaid (newly got Medicaid, had a change in level of Medicaid assistance, or lost Medicaid) on _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare./I have both Medicare and Medicaid, or my state helps pay for my Medicare premiums.
- Obtuve recientemente un cambio en la ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve hace poco ayuda adicional, me cambiaron de nivel de ayuda adicional o la perdí) el _____./I recently had a change in my Extra Help paying for Medicare prescription drug coverage (newly got Extra Help, had a change in the level of Extra Help or lost Extra Help) on _____.

- Me mudé a un centro de atención a largo plazo, vivo allí o recientemente me fui de este (por ejemplo, un hogar de ancianos, o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré o me iré del centro el _____./ I am moving into, live in, or recently moved out of a long-term care facility (for example: a nursing home or long-term care facility). I moved/will move into/out of the facility on _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el _____./I recently left a PACE program on _____.
- Hace poco perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la cobertura de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____./I recently involuntarily lost my creditable prescription drug coverage (coverage as good as Medicare's coverage). I lost my drug coverage on _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o del sindicato el _____./I am leaving employer or union coverage on _____.
- Soy parte de un programa de asistencia farmacéutica que me proporciona mi estado./I belong to a pharmacy assistance program provided by my state.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare O Medicare finaliza su contrato con mi plan./My plan is ending its contract with Medicare, OR Medicare is ending its contract with my plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, pero quiero elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____./I was enrolled in a plan by Medicare (or my state) and I want to choose a different plan. My enrollment in that plan started on _____.
- Estuve inscrito en un plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Mi inscripción en SNP se canceló el _____./I was enrolled in a Special Needs Plan (SNP) but I have lost the special needs qualification required to be in that plan. I was disenrolled from the SNP on _____.
- Me perjudicó un cambio significativo en la red de mi plan actual y me notificaron al respecto el: _____./I was impacted by a significant network change with my current plan and was notified on: _____.
- Me perjudicó una emergencia climática o desastre grave como lo declaró la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Una de las otras declaraciones que se mencionan aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural./I was affected by a weather-related emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA). One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment because of a natural disaster.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Primera Blue Cross al 888-868-7767 (TTY/TDD: 711) para saber si es elegible para la inscripción. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo)./If none of these statements applies to you or you're not sure, please contact Primera Blue Cross at 888-868-7767 (TTY/TDD: 711) to see if you are eligible to enroll. Our office hours are Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (7 days a week; 8 a.m. to 8 p.m., from October 1–March 31).

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。