

# Plan Selection Form / Formulario de selección del plan

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

To be used by current Premera members only. /  
Para uso exclusivo de los miembros actuales de Premera.

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

## YOUR INFORMATION / SU INFORMACIÓN

**Name / Nombre:**

**Member number / Número de miembro:**

Home phone number /  
Número de teléfono del hogar:

Medicare number / Número de Medicare:

Email address / Dirección de correo electrónico:

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

Street address / Dirección:

City / Ciudad:

State / Estado:

Zip / Código postal:

**Mailing address** (only if different from your permanent address) / **Dirección postal** (solo si se diferencia de su dirección regular)

Street address / Dirección:

City / Ciudad:

State / Estado:

Zip / Código postal:

**Name of chosen Primary Care Provider (PCP) /**

**Nombre del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) elegido:**

**PCP location / Ubicación del PCP:**

continúe en la siguiente página –

**OFFICE USE ONLY: / SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO:**

AGENT NAME / NOMBRE DEL AGENTE:

WRITING # / NRO. DE ESCRITURA:

SCOPE OF APPOINTMENT /  
ALCANCE DE LA CITA:

PAPER / PAPEL     APP MAILED TO AGENT /  
SOLICITUD ENVIADA POR CORREO AL AGENTE

SEMINAR (DATE / LOCATION) / SEMINARIO (FECHA/UBICACIÓN):

AGENT RECEIVED DATE /  
FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL AGENTE:

EFFECTIVE DATE / FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

SEP TYPE / TIPO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL:

PBP / PAQUETE DE BENEFICIOS DEL PLAN:  
CONTRACT # / NRO. DE CONTRATO:

PLAN # / NRO. DE PLAN:  
GROUP # / NRO. DE GRUPO:

SOLO PARA USO  
DEL CONSULTORIO

SOLO PARA USO  
DEL CONSULTORIO

## CHOOSE YOUR MEDICARE ADVANTAGE PLAN / ELIJA SU PLAN MEDICARE ADVANTAGE

Actualmente soy miembro del plan \_\_\_\_\_ en Primera Blue Cross Medicare Advantage y mi prima mensual actual es \$\_\_\_\_\_.

**Quiero transferirme de mi plan actual Primera Blue Cross Medicare Advantage al plan de Primera Blue Cross Medicare Advantage que he seleccionado a continuación.** Acepto que Primera Blue Cross utilice mi información personal registrada de mi plan actual Primera Blue Cross para completar mi solicitud de inscripción.

Entiendo que es posible que este plan cuente con una red de proveedores diferentes y que debo pagar la prima mensual (si hubiere) sumada a cualquier prima Medicare Parte A y B que pueda adeudar. **Comprendo que este plan cuenta con beneficios de salud diferentes y con una prima mensual de \$\_\_\_\_\_.** Si se recibe este formulario al finalizar el mes, mi nuevo plan por lo general entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

### KING • PIERCE • SNOHOMISH • THURSTON

**HMO - \$0**

Add Optional Dental Plan /  
Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Classic HMO - \$55**

**Classic Plus HMO - \$191**

**Peak + Rx (HMO) - \$0**

Add Optional Dental Plan /  
Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Sound + Rx (HMO) - \$40**

**Charter + Rx (HMO) - \$151**

**Alpine (HMO) - \$42** (no prescription coverage) /  
(sin cobertura de medicamentos con receta)

### LEWIS

**HMO - \$0**

Add Optional Dental Plan /  
Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Classic HMO - \$55**

### SPOKANE

**HMO - \$0**

Add Optional Dental Plan /  
Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Total Health HMO - \$24**

### STEVENS

**Total Health HMO - \$24**

### SKAGIT • ISLAND • SAN JUAN • WALLA WALLA

**Core HMO - \$12**

Add Optional Dental Plan / Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Core Plus HMO - \$75**

### WHATCOM

**Core HMO - \$12**

Add Optional Dental Plan /  
Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Peak + Rx (HMO) - \$0**

Add Optional Dental Plan /  
Agregue el plan dental opcional - **\$22.50**

**Sound + Rx (HMO) - \$40**

**Charter + Rx (HMO) - \$151**

**Alpine (HMO) - \$42** (no prescription coverage) /  
(sin cobertura de medicamentos con receta)

**Classic HMO - \$55**

## PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

---

Si determinamos que adeuda una penalización por inscripción tardía (o si actualmente tiene una penalización por inscripción tardía), nos gustaría saber cómo desea pagarla. 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 cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.

Si se le fija un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), la Administración del Seguro Social le notificará al respecto. Será responsable del pago de este monto adicional sumado al de su prima mensual. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o la RRB lo facturarán directamente. NO pague Part D-IRMAA de Primera Blue Cross.

Las personas con ingresos reducidos pueden calificar para recibir ayuda adicional, y así, pagar los costos de sus medicamentos con receta. En caso de ser elegible, Medicare podría pagar un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles y coseguros. Asimismo, aquellas personas que califiquen no estarán sujetas a etapa sin cobertura o penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Nuestro número de TDD/TTY para personas con discapacidades auditivas es 800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para recibir ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, esta pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensualmente.

### Please select a premium payment option: / Seleccione una opción de pago de prima:

Get a monthly bill / Recibir una factura mensual

Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month. /

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria mensualmente.

Please enclose a VOIDED check or provide the following / Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Account Holder Name /  
Nombre del titular de la cuenta:

Account type / Tipo de cuenta:

Checking / Cuenta corriente  Savings / Cuenta de ahorros

Bank Routing # / Nro. de ruta bancaria:

Bank Account # / Nro. de cuenta bancaria:

---

Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check. /

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** la deducción del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB la aprueben. Antes de que comience la deducción, es posible que reciba facturas por su prima. Usted será responsable de pagar su prima mensual directamente a Primera 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.

I get monthly benefits from / Recibo beneficios mensuales de:

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

### Marque la casilla si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:

Español  Braille

Comuníquese con Primera Blue Cross al 888-850-8526 (TDD/TTY:711) si necesita información en otro formato o idioma que no se mencione anteriormente. Nuestro horario de atención es los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

**DETÉNGASE: LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN**

Primera Blue Cross es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que si recibo ayuda por parte de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Primera Blue Cross, se le pagará en función de mi inscripción en un plan Primera Blue Cross Medicare Advantage.

Divulgación de la información: Al inscribirme en este plan de salud Medicare, reconozco que el plan de salud Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes si fuese necesario para operaciones de atención de la salud, pago y tratamiento. A su vez, reconozco que Primera Blue Cross divulgará mi información a Medicare, incluidos mis datos relacionados con medicamentos con receta, quien podrá divulgarlos con fines de investigación u otros, que se ajusten a todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. 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. A su vez, comprendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Primera Blue Cross Medicare Advantage debo recibir la totalidad de mi atención médica por parte de Primera Blue Cross, salvo servicios de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Primera Blue Cross y otros que se encuentren incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Primera Blue Cross Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. **SIN LA AUTORIZACIÓN, NI LOS PLANES DE MEDICARE NI DE PRIMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a la legislación del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido que aparece en esta solicitud. Si la firma corresponde a la persona autorizada (como se la describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente: 1) la legislación estatal autoriza a la persona a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta representación se encuentra disponible si se la solicita a Medicare.

Signature / Firma:

Today's date / Fecha de hoy:

**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:**

Name / Nombre:

Address / Dirección:

Phone / Teléfono:

Relationship to enrollee / Relación con el solicitante:

**Una vez que complete este formulario, envíelo por correo postal a la siguiente dirección:**

Primera Blue Cross Medicare Advantage Plans  
PO Box 262548, Plano, TX 75026  
o por fax al 800-390-9656

Primera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Primera depende de la renovación del contrato.

## 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:** ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888-850-8526 (TTY: 711)។