Premera Medicare Advantage (HMO) 2024

Kit de inscripción

<NOMBRE DEL PRODUCTOR>

<NOMBRE DE LA AGENCIA PRODUCTORA>

<DIRECCIÓN DE LA AGENCIA PRODUCTORA: LÍNEA 1>

<DIRECCIÓN DE LA AGENCIA PRODUCTORA: LÍNEA 2>

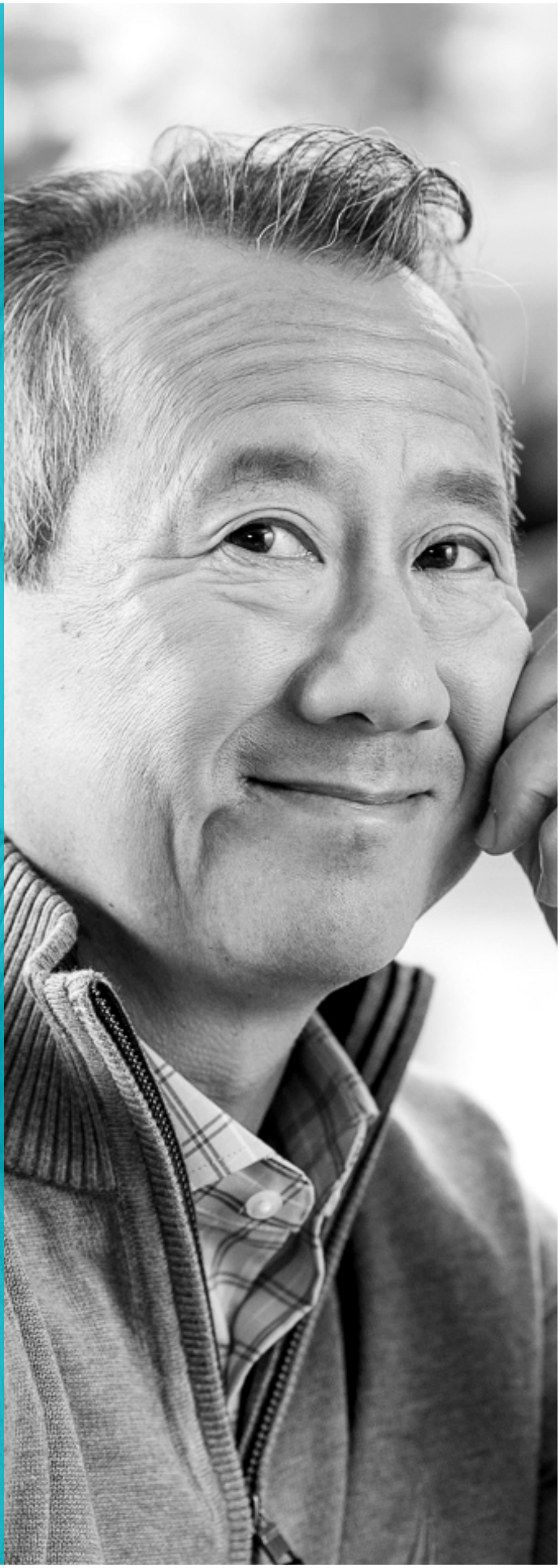
<TELÉFONO DEL PRODUCTOR>

<CORREO ELECTRÓNICO DEL PRODUCTOR>

MEDICARE + USTED

PREMERA BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association



Índice

INTRODUCCIÓN 3

INSTRUCCIONES 4

RECURSOS EN LÍNEA 5

Describe enlaces importantes en nuestro sitio web y cómo encontrarlos

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN 6

Una descripción general breve de qué documentos revisar antes de inscribirse en un plan

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 8

Revise este formulario para ver qué necesita para inscribirse

ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS 20

Un vistazo a nuestros planes más populares y cómo se comparan

RESUMEN DE BENEFICIOS 24

Una descripción general completa de todas las tarifas, costos compartidos y beneficios del plan Premera Medicare Advantage

CUADRO DEL SUBSIDIO PARA PRIMAS POR BAJOS INGRESOS 36

Cuadro de prima mensual del plan para personas elegibles para recibir ayuda adicional de Medicare para pagar costos de medicamentos recetados

CALIFICACIONES CON ESTRELLAS DE MEDICARE 37

Las calificaciones con estrellas se determinan anualmente para ayudarlo a comparar el desempeño de nuestros planes respecto de otros

FORMULARIO DE ALCANCE DE LA CITA DE VENTAS 38

Un formulario obligatorio que permite a los productores documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas

Introducción

Permítanos ayudarlo a simplificar Medicare

¡Bienvenido a Premera Blue Cross! Creemos que una elección informada es la mejor opción, especialmente cuando se trata de su atención de la salud. Dentro de este kit de inscripción, encontrará todo lo que necesita para comparar nuestros planes y encontrar el que mejor se adapte a su vida.

Revise cada parte atentamente. Si tiene preguntas mientras revisa el kit, utilice los recursos a continuación:

- Comuníquese con su productor
- Consulte el documento **Recursos en línea** en la página 5
- Visite **PremeraMedicare.com**
- Comuníquese con nosotros al **888-868-7767** (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; o de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Instrucciones para la inscripción

Una vez que esté listo para inscribirse en un plan Premera Medicare Advantage, tiene algunas opciones.

1 **Comuníquese con su productor de Medicare**

Comuníquese con su productor con la información de contacto que se encuentra en la portada de este kit para informarle que está listo para enviar una solicitud de inscripción a Premera Blue Cross Medicare Advantage.

2 **Inscríbase en línea**

Elija "Comprar planes" en **PremeraMedicare.com** para presentar una solicitud de inscripción o continuar comparando planes.

3 **Llámenos al 888-868-7767 (TTY: 711)**

Los representantes de Servicio al Cliente están listos para ayudarlo en este proceso de inscripción electrónica. Nuestro horario de atención es el siguiente:

Del 1.º de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

4 **Imprima, complete y envíe por correo las páginas 11 a 19 del formulario a:**

Premera Blue Cross
PO Box 211151
Eagan, MN 55121

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

P2020112
Y0134_PBC3854_C
053098spa (10-01-2023)

Recursos en línea

El sitio web de Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) contiene muchos recursos para ayudarle a utilizar su plan. Consulte a continuación los artículos más solicitados, disponibles de forma gratuita en nuestro sitio web, **premera.com/ma**.

Busque un proveedor, dentista u hospital	Para buscar un proveedor médico o dental en su área, visite **premera.com/ma** y haga clic en **Find Care (Buscar atención)**.
Encontrar una farmacia	Para encontrar una farmacia en su área, visite **premera.com/ma** y haga clic en **Find a Pharmacy (Encontrar una farmacia)**.
Formulario (lista de medicamentos cubiertos)	Para consultar qué medicamentos están cubiertos, visite **premera.com/ma** y haga clic en **Find a drug (Encontrar un medicamento)**.
Evidencia de cobertura	Para ver una copia de la Evidencia de cobertura de su plan, visite **premera.com/ma**. Seleccione la pestaña **Coverage & Benefits (Cobertura y beneficios)** y, a continuación, elija su plan.
Portal seguro para miembros	Cuando comience su membresía de Premera Medicare Advantage, active su cuenta de miembro en línea. Aquí, puede encontrar información útil sobre su membresía, incluida la capacidad de revisar reclamos o reordenar una tarjeta de identificación si es necesario. Simplemente haga clic en **Sign In (Iniciar sesión)** en la esquina superior derecha de **premera.com/ma**.

Para recibir una copia impresa de los materiales anteriores, o solicitar materiales en un idioma que no sea el inglés, llame al Servicio al Cliente, **888-850-8526 (TTY: 711)** de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; o de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

PREMERA | BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y reglas.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio al Cliente al **888-850-8526** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; o de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **premera.com/ma** o llame al **888-850-8526** para ver una copia de la EOC.

Cómo comprender los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial por los servicios por los que visita al médico habitualmente.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o solicíteselo a su médico) para asegurarse de que los médicos que visita actualmente se encuentren dentro de la red. Si no se encuentran en la lista, significa que es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que va por medicamentos con receta se encuentre dentro de la red. Si no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus recetas.
- ☐ Revise nuestro formulario (lista de medicamentos cubiertos) para ver si sus medicamentos recetados actuales están cubiertos.
- ☐ Para ver una copia de las EOC específicas del plan, una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por Premera Blue Cross Medicare Advantage, o acceder a nuestros directorios completos de proveedores y farmacias, visítenos en línea en **premera.com/ma** o llame al **888-850-8526** (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; o de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

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

PREMERA | BLUE CROSS
Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Y0134_PBC3785_C

046879spa (10-01-2023)

Cómo comprender las reglas importantes

- ☐ Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Normalmente, esta prima se cobra cada mes de su cheque de Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos y coseguros podrían cambiar a partir del 1 de enero de 2024
- ☐ **Efecto en la cobertura actual**. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap, ya que de lo contrario, pagará por una cobertura que no podrá usar.

PLANES DE PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE/
PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PLANS

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 cumplir con los siguientes requisitos:/
To join a plan, you must meet the following requirements:

- 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:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)/Medicare Part A (hospital insurance)
- Medicare Parte B (seguro médico)/Medicare Part B (medical insurance)

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

Puede afiliarse a un plan durante los siguientes horarios:/You can join a plan during the following times:

- 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

PREMERA BLUE CROSS
Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Y0134_PBC3738_M

042629spa (10-01-2023)
N.° de la OMB 0938-1378/OMB No. 0938-1378 Vence el:/Expires: 7/31/2024

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
PO Box 211151
Eagan, MN 55121

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: 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: 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: 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.

Personas sin hogar/Individuals experiencing homelessness

Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, uno de los siguientes puede considerarse su residencia permanente:/
If you want to join a plan but have no permanent residence, one of the following may be considered your permanent residence:

- Un apartado de correos/A post office box
- Una dirección de un refugio o una clínica/An address of a shelter or clinic
- Una dirección donde recibe otro correo postal (como cheques del seguro social)/
  An address where you receive other mail (such as social security checks)

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, and more) 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.

Para presentar una queja sobre su plan de salud o medicamentos de Medicare, llame al 1-888-868-7767 (TTY: 711) o complete el formulario de queja de Medicare en **medicare.gov/my/medicare-complaint**. Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. 1-800-MEDICARE está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto algunos días festivos federales. Si corresponde, proporcione el nombre de su agente o corredor utilizado para la inscripción./
To file a complaint about your Medicare health or drug plan, call 1-888-868-7767 (TTY: 711), or complete the Medicare Complaint form at **medicare.gov/my/medicare-complaint**. Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY users can call 1-877-486-2048. 1-800-MEDICARE is available 24 hours a day, 7 days a week, except some federal holidays. If applicable, please provide your agent or broker's name used for enrollment.

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:

COWLITZ • ISLAND • KING • KITSAP • LEWIS • PIERCE • SAN JUAN • SKAGIT • SNOHOMISH • THURSTON • WHATCOM

- ☐ **HMO - $0**
- ☐ **Classic (HMO) - $54**

SPOKANE • WALLA WALLA

- ☐ **HMO - $0**
- ☐ **Classic (HMO) - $54** (no disponible en Spokane)
- ☐ **Total Health (HMO) - $23**

STEVENS

- ☐ **Total Health (HMO) - $23**

SU INFORMACIÓN/YOUR INFORMATION

Nombre:/
First name:

Apellido:/
Last name:

Inicial del segundo nombre:/
Mid initial:

Fecha de nacimiento:/
Birth date:

Sexo:/Sex:
☐ M ☐ F

Teléfono:/
Phone:

Dirección de correo electrónico:/
Email address:

N.° de teléfono celular:/
Cell phone:

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 code:

Dirección postal, solo si se diferencia de la dirección de residencia permanente (se permite el 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:

Nombre del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) elegido:/
Name of primary care provider (PCP):

Ubicación del PCP:/PCP location:

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.

- Llene 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/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, 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 vigencia/ Effective Date
HOSPITAL (Parte A)/ HOSPITAL (Part A)	
SEGURO MÉDICO (Parte B)/ MEDICAL (Part B)	

SOLO PARA USO DEL AGENTE/ AGENT USE ONLY

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: ☐ EN PERSONA/ IN PERSON ☐ POR CORREO ELECTRÓNICO/ VIA EMAIL ☐ TELEFÓNICO ☐ ENVIADO POR CORREO AL AGENTE/ MAILED TO AGENT	FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL AGENTE:/ AGENT RECEIVED DATE: FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:/ EFFECTIVE DATE: TIPO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL:/ SEP TYPE:

SOLO PARA USO DEL AGENTE/ AGENT USE ONLY

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

En caso afirmativo, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación 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 identificación 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 Premera Blue Cross./I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in Premera Blue Cross.
- Al afiliarme a este Plan Medicare Advantage o Plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que Premera 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 Premera 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.

- Entiendo que puedo inscribirme en un solo plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA, a menos que sea un MA PFFS o un plan MA MSA./
  I understand that I can be enrolled in only one MA plan at a time – and that enrollment in this plan will automatically end my enrollment in another MA plan, unless it is an MA PFFS or an MA MSA 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, cuando comience mi cobertura de Premera Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Premera Medicare Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por Premera Medicare Advantage y que se encuentren incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Premera Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Premera Medicare Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos./
  I understand that when my Premera Medicare Advantage coverage begins, I must get all of my medical and prescription drug benefits from Premera Medicare Advantage. Benefits and services provided by Premera Medicare Advantage and contained in my Premera Medicare Advantage "Evidence of Coverage" document (also known as a member contract or subscriber agreement) will be covered. Neither Medicare nor Premera Medicare Advantage will pay for benefits or services that are not covered.
- 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 ley estatal autoriza a esta persona a completar esta inscripción./
  1) This person is authorized under state law to complete this enrollment.

  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: _____ Teléfono:/Phone: _____

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 un casillero si desea que le enviemos información en un formato accesible./ Select a check box if you want us to send you information in an accessible format.
☐ Braille/Braille ☐ Letra grande/Large print ☐ Otro:/Other: _____

Comuníquese con Premera Medicare Advantage al 888-868-7767 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible que no se mencione anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; o de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre./ Contact Premera Medicare Advantage at 888-868-7767 (TTY: 711) if you need information in an accessible format other than what's listed above. Our office hours are 8 a.m. – 8 p.m., seven days a week from October 1 through March 31; or 8 a.m. – 8 p.m., Monday through Friday from April 1 to September 30.

¿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

- ☐ **Indio asiático/Asian Indian**
- ☐ **Chino/Chinese**
- ☐ **Filipino/Filipino**
- ☐ **Guameño o Chamorro/Guamanian or Chamorro**
- ☐ **Japonés/Japanese**
- ☐ **Coreano/Korean**
- ☐ **Hawaiano nativo/Native Hawaiian**
- ☐ **Otro origen asiático/Other Asian origin**
- ☐ **Otro origen isleño del Pacífico/ Other Pacific Islander origin**
- ☐ **Samoano/Samoan**
- ☐ **Vietnamita/Vietnamese**
- ☐ **Nativo americano o nativo de Alaska/ America Indian or Alaska Native**
- ☐ **Negro o afroamericano/Black or African American**
- ☐ **Blanco/White**
- ☐ **Elijo no contestar/I choose not to answer**

ORIGEN ÉTNICO/ETHNICITY

- ☐ **No de origen hispano, latino o español/Not of Hispanic or LatinX, or Spanish origin**
- ☐ **Puertorriqueño/Puerto Rican**
- ☐ **Otro origen hispano, latino o español/Another Hispanic or LatinX, 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 (Electronic funds transfer, 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: ☐ 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 (Railroad Retirement Board, 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 haya aprobado 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 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50 y 422.60 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 con receta 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), to improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50, and 422.60 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.

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Premera Blue Cross depende de la renovación del contrato. Premera Blue Cross es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association./
Premera Blue Cross is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in Premera Blue Cross depends on contract renewal. Premera Blue Cross is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

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 el _____./
  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 Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare, o recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio./
  I have both Medicare and Medicaid, or my state helps pay for my Medicare premiums, or I get Extra Help paying for my Medicare prescription drug coverage, but I haven't had a change.

- ☐ Obtuve recientemente un cambio en la ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos con receta 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, planeo mudarme a las instalaciones o planeo mudarme de las instalaciones 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, plan to move in, or plan to move out of the facility on _____.
- ☐ Recientemente salí del programa PACE el _____./
  I recently left a PACE program on _____.
- ☐ Hace poco perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos con receta 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 el 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 una emergencia climática o desastre grave como lo declaró la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones que se mencionan aquí se aplicó a mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre./
  I was affected by an emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA) or by a Federal, state or local government entity. One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment request because of the disaster.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Premera Blue Cross al 888-868-7767 (TTY: 711) para saber si es elegible para la inscripción. Nuestro horario de oficina es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; o de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre./
If none of these statements applies to you or you're not sure, please contact Premera Blue Cross at 888-868-7767 (TTY: 711) to see if you are eligible to enroll. Our office hours are 8 a.m.—8 p.m., seven days a week from October 1 through March 31; or 8 a.m.—8 p.m., Monday through Friday from April 1 to September 30.

MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

Aspectos destacados de los beneficios 2024

PREMERA BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Usted se merece tranquilidad con la cobertura de su plan Medicare Advantage.

Nuestros planes incluyen una serie de grandes beneficios para ayudarle a construir una vida más saludable, de pies a cabeza:

- Primas mensuales de $0* disponibles
- Desembolso máximo bajo
- No se necesitan derivaciones para especialistas dentro de la red
- Atención dental preventiva e integral: $1000 - $1500
- Excelente beneficio para audífonos: Bluetooth y baterías recargables: 3 niveles de audífonos a un costo adicional de $0
- Copagos para fisioterapia de solo $10 por sesión*
- Deducibles de $0* disponibles para medicamentos
- Medicamentos de adherencia de nivel 6: Copago de $0 por suministro para 100 días (venta al por menor o por correo)
- Beneficio hospitalario de reingreso a 60 días, independientemente del motivo de la readmisión (una por período de beneficios)
- Costo predecible para cirugía ambulatoria, pruebas diagnósticas, radiología y observación hospitalaria
- El copago de ambulancia incluye por tierra y aire
- Beneficios para todo el cuerpo, incluido el cuidado rutinario de la vista; asignación para gafas, atención naturopática y quiropráctica; acupuntura; y mucho más*
- Subsidio para medicamentos de venta libre
- Membresía de gimnasios y kit de entrenamiento

Acceso a sus proveedores de confianza

- Elija entre más de 25,000 proveedores.
- Acceda a la atención de cualquier proveedor u hospital de nuestra red de Medicare con una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP).
- Visite **premera.com/ma** y seleccione **Find care (Buscar atención)** para encontrar a su proveedor.

*No está disponible en todos los planes y no todos los planes están disponibles en todos los condados

Puntos destacados del plan 2024

Su salud lo es todo y lo tenemos cubierto. Con servicio en 14 condados, estamos seguros de que podemos brindarle un plan que se adapte a sus necesidades.

Total Health

Condados de Spokane, Stevens y Walla Walla

Prima	$23
Desembolso máximo anual	$5,000
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) / Especialista	$0 / $30
Centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	$150
Observación hospitalaria ambulatoria	$90
Internación hospitalaria	$350 por día (días 1-4) $0 por día (días 5-90+)

Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)

Condados de Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla y Whatcom

Prima	$0
Desembolso máximo anual	$6,500
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) / Especialista	$5 / $40
Centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	$150
Observación hospitalaria ambulatoria	$90
Internación hospitalaria	$450 por día (días 1-4) $0 por día (días 5-90+)

Classic

Condados de Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Thurston, Walla Walla y Whatcom

Prima	$54
Desembolso máximo anual	$5,000
Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) / Especialista	$0 / $30
Centro de cirugía ambulatoria para pacientes ambulatorios	$150
Observación hospitalaria ambulatoria	$90
Internación hospitalaria	$350 por día (días 1-4) $0 por día (días 5-90+)

¡Inscríbase hoy!

EN PERSONA:
Póngase en contacto con su productor o gerente de territorio local

POR CORREO:
Envíe su solicitud impresa a:
Premera Blue Cross
Planes Medicare Advantage
PO Box 211151
Eagan, MN 55121

EN LÍNEA:
Visite **premera.com/ma**

¿Preguntas?

Puede comunicarse con nosotros al **888-868-7767 (TTY: 711)** de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; o de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

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

En nombre de Premera Blue Cross, Hearing Care Solutions, OTC Health Solutions y FitOn Health son compañías independientes que proporcionan el programa de audífonos, el programa de asignación de venta libre y el beneficio del programa de acondicionamiento físico, respectivamente.

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Premera Blue Cross, debe tener Medicare Parte A y Parte B y vivir en el área de servicio de Premera Blue Cross Medicare Advantage.

Los miembros deben elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) de la red de proveedores de los planes Premera Blue Cross Medicare Advantage.

Y0134_PBC3769_M

048849spa (10-01-2023)

Resumen de beneficios de 2024

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)

Y0134_PBC3764_M
037040spa (10-01-2023)

PREMERA BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Resumen de beneficios de 2024

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO) H7245-001

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO) H7245-002

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO) H7245-005

Condados cubiertos:

Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Cowlitz	Cowlitz	Spokane
Island	Island	Stevens
King	King	Walla Walla
Kitsap	Kitsap	
Lewis	Lewis	
Pierce	Pierce	
San Juan	San Juan	
Skagit	Skagit	
Snohomish	Snohomish	
Spokane	Thurston	
Thurston	Walla Walla	
Walla Walla	Whatcom	
Whatcom		

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO) desde el 1.º de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) y **Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)** son planes con un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

La información provista sobre los beneficios no enumera cada servicio que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de cobertura" llamando al servicio de atención al cliente o accediendo a ella en nuestro sitio web: **premera.com/ma**.

Para afiliarse a **Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO)** o **Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)** debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Washington: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla y Whatcom.

Si recurre a proveedores fuera de nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual actual, "**Medicare y Usted**". Puede consultarlo en línea en **medicare.gov** o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, incluidos el braille y el español.

Para obtener información adicional, llámenos al 888-850-8526 (TTY/TDD: 711), o visítenos en **premera.com/ma**.

Hay representantes disponibles:
Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.
Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Prima de plan mensual Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare	$0	$54	$23
Deducible de la Parte C Este plan no tiene un deducible	$0	$0	$0
Deducible Parte D	$0 para los niveles 1, 2 y 6 $160 para los niveles 3, 4 y 5	$0	$0
Máxima responsabilidad de bolsillo Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año. No incluye medicamentos con receta.	$6,500	$5,000	$5,000
Cobertura de internación hospitalaria* El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados por 60 días consecutivos. No paga nada si es readmitido en los 60 días posteriores a haber recibido atención internado.	$450 de copago por día: los días 1-4 $0 de copago por día: del día 5 en adelante	$350 de copago por día: los días 1-4 $0 de copago por día: del día 5 en adelante	$350 de copago por día: los días 1-4 $0 de copago por día: del día 5 en adelante
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*	$350 de copago	$300 de copago	$275 de copago
Cobertura de observación para pacientes ambulatorios*	$90 de copago	$90 de copago	$90 de copago
Centro de cirugía ambulatoria*	$150 por visita	$150 por visita	$150 por visita

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Visitas médicas			
Proveedores de atención primaria	$5 de copago $0 de copago por visita de telesalud	$0 de copago $0 de copago por visita de telesalud	$0 de copago $0 de copago por visita de telesalud
Especialistas Es posible que se requiera la derivación del PCP para los servicios de especialistas de fuera de la red.	$40 de copago $35 de copago por visita de telesalud	$30 de copago $25 de copago por visita de telesalud	$30 de copago $25 de copago por visita de telesalud
Atención preventiva Como la vacuna contra la gripe y las pruebas de detección de la diabetes. Si desea conocer la lista completa de los servicios preventivos cubiertos, consulte la Evidencia de cobertura de su plan.	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Atención de emergencia Incluye cobertura mundial. Si lo internan en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que abonar el copago de la atención de emergencia.	$90 de copago	$90 de copago	$90 de copago
Servicios necesarios de forma urgente Si lo internan en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que abonar el copago de los servicios necesitados con urgencia.	$35 de copago $50 de copago para cobertura mundial	$35 de copago $50 de copago para cobertura mundial	$35 de copago $50 de copago para cobertura mundial

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios de diagnóstico/Pruebas de laboratorio/Diagnóstico por imagen			
Pruebas de diagnóstico y procedimientos* (por lugar de servicio, por día)	$60 de copago	$30 de copago	$30 de copago
Servicios de laboratorio*	$10 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Radiografías ambulatorias	$15 de copago	$10 de copago	$10 de copago
Servicios de radiología terapéutica (por ejemplo, radioterapia para el cáncer)* Si su médico le proporciona servicios adicionales, puede aplicarse un importe de gastos compartidos aparte.	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios de radiología diagnóstica* (como resonancias magnéticas o tomografías computadas)	$180 de copago	$160 de copago	$160 de copago
Servicios auditivos			
Examen de audición cubierto por Medicare	$35 de copago	$30 de copago	$30 de copago
Examen de audición de rutina (1 por año calendario)	$35 de copago	$30 de copago	$30 de copago
Proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Audífonos cuando se compran a Hearing Care Solutions	$0 de copago $1,000 de subsidio anual por oído	$0 de copago $1,000 de subsidio anual por oído	$0 de copago $1,000 de subsidio anual por oído

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios dentales			
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	$45 de copago	$30 de copago	$30 de copago
Subsidio anual máximo para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare	$1,000	$1,500	$1,500
Deducible dental integral anual (dentro y fuera de la red)	Deducible de $25. No hay deducible para los servicios dentales preventivos y cubiertos por Medicare.		
Servicios dentales preventivos	Copago de $0 por exámenes, flúor, limpiezas y radiografías. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer las limitaciones.		
Servicios dentales integrales	Copago de $0 por servicios dentales integrales cubiertos, como empastes, extracciones, coronas y prótesis dentales. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer las limitaciones.		

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios para la visión			
Examen de la vista cubierto por Medicare, y exámenes de detección de retinopatía diabética y de glaucoma cubiertos por Medicare una vez por año calendario**	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubierto por Medicare	$20 de copago	$30 de copago	$30 de copago
Equipo médico para la vista cubierto por Medicare	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Examen de la vista de rutina (1 por año calendario)	$20 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Elementos de rutina para la vista para lentes y monturas o lentes de contacto por año calendario	Subsidio de $150	Subsidio de $250	Subsidio de $200

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

** Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios de salud mental			
Atención de salud mental para pacientes internados* El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados por 60 días consecutivos. No paga nada si es readmitido en los 60 días posteriores a haber recibido atención para la salud mental internado.	$390 de copago por día: los días 1-4 $0 de copago por día: los días 5-90	$390 de copago por día: los días 1-4 $0 de copago por día: los días 5-90	$390 de copago por día: los días 1-4 $0 de copago por día: los días 5-90
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	$30 de copago por visita $20 de copago por visita de telesalud	$30 de copago por visita $20 de copago por visita de telesalud	$30 de copago por visita $20 de copago por visita de telesalud
Centro de enfermería especializada*	$0 de copago por día: los días 1-20 $160 de copago por día: los días 21-60 $0 de copago por día: los días 61-100	$0 de copago por día: los días 1-20 $160 de copago por día: los días 21-60 $0 de copago por día: los días 61-100	$0 de copago por día: los días 1-20 $160 de copago por día: los días 21-60 $0 de copago por día: los días 61-100
Terapia física	$20 de copago	$10 de copago	$10 de copago
Ambulancia* Sólo se requiere autorización previa cuando no se trata de una emergencia. (por viaje de ida)	$300 de copago por tierra $300 de copago por aire	$275 de copago por tierra $275 de copago por aire	$275 de copago por tierra $275 de copago por aire

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Transporte	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	0%-20% de coseguro	0%-20% de coseguro	0%-20% de coseguro
Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare*	$35 de copago	$35 de copago	$35 de copago
Crédito para venta libre por trimestre. Adquiera productos, incluidas las pruebas de COVID-19 de uso doméstico disponibles a través de OTC Health Solutions.	$50	$65	$65
Servicios de quiropraxia (cubiertos por Medicare)	$15 de copago	$20 de copago	$20 de copago
Servicios de quiropraxia de rutina	$20 de copago, 6 visitas por año	$20 de copago, 10 visitas por año	$20 de copago, 10 visitas por año
Acupuntura* (cubierta por Medicare)	$40 de copago	$30 de copago	$30 de copago
Acupuntura de rutina	$20 de copago, 6 visitas por año	$20 de copago, 10 visitas por año	$20 de copago, 10 visitas por año
Servicios de naturopatía de rutina	No está cubierto	$30 de copago, 6 visitas por año	$30 de copago, 6 visitas por año
Programa de ejercicio Créditos mensuales disponibles para usar en cuotas de gimnasios, clases en centros de fitness, accesorios y máquinas de fitness para el hogar y acceso ilimitado a contenidos digitales prémium de bienestar.	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o póngase en contacto con Servicios para miembros, para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos en relación con vacunas específicas.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:

No pagará más de $35 por el suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque no haya pagado su deducible.

Si califica para "Ayuda adicional", podría beneficiarse de una reducción del costo compartido de las insulinas cubiertas por la Parte D. Consulte la lista de medicamentos de su plan para encontrar una lista completa de las insulinas de la Parte D cubiertas por su plan.

Beneficios para medicamentos con receta (Parte D):

Etapa de deducible

Medicare Advantage (HMO)

Sin deducible para los niveles 1, 2 y 6. Este plan tiene un deducible de **$160** para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos, excepto las insulinas cubiertas por la Parte D como se ha indicado anteriormente, hasta alcanzar los **$160**. Luego usted solo paga su costo compartido.

Medicare Advantage Classic (HMO) y Medicare Advantage Total Health (HMO)

Sin deducible.

Etapa de cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)

Comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta médica del año. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos del año alcancen los **$5,030**. Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan. Una vez alcanzado este importe, entrará en la Interrupción en la cobertura.

Interrupción en la cobertura

Después de ingresar en la interrupción en la cobertura, usted paga un coseguro del **25%** del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **25%** del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el costo total de bolsillo sea de **$8,000**, el cual es el final de la interrupción en la cobertura. No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.

Si desea más información sobre los costos compartidos en la interrupción en la cobertura, llámenos o acceda a su Evidencia de cobertura en línea.

Cobertura catastrófica

Una vez que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los que compra tanto en cualquier farmacia minorista como los que encarga por correo) alcancen los **$8,000**, el costo para usted de los medicamentos cubiertos será de $0.

	Medicare Advantage (HMO)		Medicare Advantage Classic (HMO)		Medicare Advantage Total Health (HMO)	
	Costo compartido en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de encargo por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de encargo por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de encargo por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de $4 (suministro de 30 días)	Copago de $0 (suministro de 90 días)	Copago de $2 (suministro de 30 días)	Copago de $0 (suministro de 90 días)	Copago de $2 (suministro de 30 días)	Copago de $0 (suministro de 90 días)
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de $12 (suministro de 30 días)	Copago de $36 (suministro de 90 días)	Copago de $10 (suministro de 30 días)	Copago de $30 (suministro de 90 días)	Copago de $10 (suministro de 30 días)	Copago de $30 (suministro de 90 días)
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Copago de $42 (suministro de 30 días)	Copago de $126 (suministro de 90 días)	Copago de $40 (suministro de 30 días)	Copago de $120 (suministro de 90 días)	Copago de $40 (suministro de 30 días)	Copago de $120 (suministro de 90 días)
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Copago de $100 (suministro de 30 días)	$300 de copago	Copago de $100 (suministro de 30 días)	Copago de $300 (suministro de 90 días)	Copago de $100 (suministro de 30 días)	Copago de $300 (suministro de 90 días)
Nivel 5: Especialidad	Coseguro del 30%	No se ofrece	Coseguro del 33%	No se ofrece	Coseguro del 33%	No se ofrece
Nivel 6: Medicamentos para Select Care	Copago de $0 (suministro de 100 días)	Copago de $0 (suministro de 100 días)	Copago de $0 (suministro de 100 días)	Copago de $0 (suministro de 100 días)	Copago de $0 (suministro de 100 días)	Copago de $0 (suministro de 100 días)
	El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.		El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.		El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.	

Usted paga los copagos y el coseguro de la tabla anterior hasta que el total de sus costos anuales en medicamentos alcance los **$5,030**.

Cuando reciba un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de los niveles 1 a 4, los copagos indicados anteriormente en la tabla se multiplicarán de la siguiente manera:

— Si adquiere un suministro de 31 a 60 días en una de nuestras farmacias minoristas, (venta minorista o encargo por correo), pagará el doble de copago.

— Si adquiere un suministro de 61 a 90 días en una de nuestras farmacias minoristas, pagará el triple de copago.

PREMERA | BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Premera Blue Cross
Premera Blue Cross para personas que reciben ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados

Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados de Medicare, la prima mensual de su plan será más baja que si no recibiera ayuda adicional de Medicare.

Si recibe ayuda adicional, la prima mensual de su plan será de $0 para cualquiera de los planes a continuación. (No incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que posiblemente tenga que pagar).

- Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO)
- Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)

La prima del plan Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) será de $22.90 para los miembros que califiquen para el subsidio.

La prima de Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), y Premera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO) y de Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO) incluye cobertura para servicios médicos y cobertura de medicamentos con receta.

Si no recibe ayuda adicional y le gustaría saber si reúne los requisitos para hacerlo, puede llamar:

- al 1-800-Medicare, o al 1-877-486-2048 para los usuarios de TTY (las 24 horas del día, los 7 días de la semana),
- a la oficina de Medicaid del estado, o
- a la Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente de Premera Blue Cross al 888-850-8526, (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) de 8 a. m. a 8 p. m. PST los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m. PST, de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Premera Blue Cross Medicare Advantage - H7245

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

En el 2024, Premera Blue Cross Medicare Advantage - H7245 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas:	★★★☆☆
Calificación de los Servicios de Salud:	★★★☆☆
Calificación de los Servicios d e Medicamentos:	★★★★☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica que tan bien funciona el plan.

★★★★★	Excelente
★★★★☆	Superior al Promedio
★★★☆☆	Promedio
★★☆☆☆	Debajo del Promedio
★☆☆☆☆	Deficiente

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en **medicare.gov/plan-compare**.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Premera Blue Cross Medicare Advantage 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico a 888-868-7767 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es de 1 abril al 30 septiembre lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico. Miembros actuales favor de llamar 888-850-8526 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

PREMERA BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Formulario de confirmación de alcance de cita de ventas/Scope of Sales Appointment Confirmation Form

Los centros de servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita comercial previo a cualquier reunión comercial en persona, a fin de asegurar la comprensión del contenido a analizar entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información que se proporcione en este formulario es confidencial y la debe completar cada miembro de Medicare o su representante autorizado./
The Centers for Medicare and Medicaid Services requires agents to document the scope of a marketing appointment prior to any face-to-face sales meeting to ensure understanding of what will be discussed between the agent and the Medicare beneficiary (or their authorized representative). All information provided on this form is confidential and should be completed by each person with Medicare or his/her authorized representative.

Coloque a continuación la inicial junto al tipo de producto(s) que desea analizar con el agente./ Please initial below beside the type of product(s) you want the agent to discuss.

(Consulte la siguiente página para obtener más información sobre las descripciones de los tipos de productos)./(Refer to the following page for product type descriptions.)

- ☐ Planes de medicamentos recetados independientes de Medicare/Stand-alone Medicare Prescription Drug Plans
- ☐ Productos dentales/para la visión/para la audición/Dental/Vision/Hearing Products
- ☐ Productos complementarios (Medigap) de Medicare/Medicare Supplement (Medigap) Products
- ☐ Planes Medicare Advantage/ Medicare Advantage Plans
- ☐ Productos para enfermedades críticas y accidentes/Critical Illness and Accident Products

Al firmar el formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para analizar los tipos de productos a los que les colocó la inicial anteriormente. Tenga en cuenta que la persona con la que analizará los productos ha sido empleada o contratada por un plan Medicare. Esta persona no trabaja de forma directa para el gobierno federal. Es posible que a esa persona se le pague en función de su inscripción en el plan. **El hecho de firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su condición de inscripción actual o futura ni le inscribe en un plan Medicare. La documentación del alcance de la cita se encuentra sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS./**
By signing the form, you agree to a meeting with a sales agent to discuss the types of products you initialed above. Please note, the person who will discuss the products is either employed or contracted by a Medicare plan. They do not work directly for the Federal government. This individual may also be paid based on your enrollment in a plan. **Signing this form does NOT obligate you to enroll in a plan, affect your current or future enrollment status, or enroll you in a Medicare plan. Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements.**

Firma y fecha de la firma del beneficiario o representante autorizado/ Beneficiary or Authorized Representative Signature and Signature Date		
Firma:/ Signature:	Fecha de la firma:/ Signature Date:	Hora de la firma:/ Signature Time:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete a continuación: If you are the Authorized Representative, please sign above and print below:	
Nombre del representante:/ Representative's Name:	Relación con el beneficiario:/ Your Relationship to the Beneficiary:
Dirección del representante:/ Representative's Address:	Teléfono del representante:/ Representative's Phone:
Información que debe completar el agente:/ To be completed by Agent:	
Nombre del agente:/ Agent Name:	Teléfono del agente:/ Agent Phone:
Nombre del beneficiario:/ Beneficiary Name:	Teléfono del beneficiario:/ Beneficiary Phone:
Dirección del beneficiario:/ Beneficiary Address:	
Método inicial de contacto (Indique si el beneficiario asistió sin cita previa)./ Initial Method of Contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in.)	
Fuente principal:/ Lead Source:	
Firma del agente:/ Agent's Signature:	
Planes que el agente describió durante la reunión:/ Plan(s) the agent represented during the meeting:	Fecha en la que se completó la cita:/ Date Appointment Completed:
Solo para uso del plan:/ Plan Use Only:	
Agente, si el beneficiario firmó el formulario al momento de la cita, explique el motivo por el cual el SOA no se documentó previo a la cita:/ Agent, if the form was signed by the beneficiary at time of appointment provide explanation why SOA was not documented prior to meeting:	
Planes de medicamentos con receta independientes de Medicare (Parte D)/ Stand-alone Medicare Prescription Drug Plans (Part D)	
Plan de medicamentos con receta de Medicare (Prescription Drug Plan, PDP): un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes Medicare Cost, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare./ Medicare Prescription Drug Plan (PDP) – A stand-alone drug plan that adds prescription drug coverage to Original Medicare, some Medicare Cost Plans, some Medicare Private-Fee-for-Service Plans, and Medicare Medical Savings Account Plans.	

Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes Medicare Cost/ Medicare Advantage Plans (Part C) and Cost Plans
La Organización de Mantenimiento de la Salud de Medicare (Health Maintenance Organization, HMO): un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de salud a todas las Partes A y B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solo puede recibir atención por parte de médicos u hospitales que se encuentren en la red del plan (salvo en caso de emergencias)./ Medicare Health Maintenance Organization (HMO) – A Medicare Advantage Plan that provides all Original Medicare Part A and Part B health coverage and sometimes covers Part D prescription drug coverage. In most HMOs, you can only get your care from doctors or hospitals in the plan's network (except in emergencies).
Plan de la Organización de Proveedores Preferidos de Medicare (Preferred Provider Organization, PPO): un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de salud a todas las Partes A y B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los planes PPO cuentan con doctores y hospitales de la red, pero usted también puede utilizar proveedores fuera de esta, por lo general, a un costo más elevado./ Medicare Preferred Provider Organization (PPO) Plan – A Medicare Advantage Plan that provides all Original Medicare Part A and Part B health coverage and sometimes covers Part D prescription drug coverage. PPOs have network doctors and hospitals but you can also use out-of-network providers, usually at a higher cost.
Plan del punto de servicio (Point of Service, POS) de Medicare: un tipo de plan Medicare Advantage disponible en el área local o regional, el cual combina las mejores características del plan HMO con beneficios fuera de la red. Al igual que el plan HMO, se requiere que los miembros designen a un médico dentro de la red para que sea el proveedor de atención de la salud primaria. Puede utilizar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red a un costo adicional./ Medicare Point of Service (HMO-POS) Plan – A type of Medicare Advantage Plan available in a local or regional area which combines the best feature of an HMO with an out-of-network benefit. Like the HMO, members are required to designate an in-network physician to be the primary health care provider. You can use doctors, hospitals, and providers outside of the network for an additional cost.
Plan para necesidades especiales de Medicare (Special Needs Plan, SNP): un plan Medicare Advantage que cuenta con un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención de la salud especiales. Por ejemplo, algunos de los grupos específicos que reciben servicios incluyen a aquellas personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, aquellas que viven en hogares de ancianos o que presentan determinadas afecciones médicas crónicas./ Medicare Special Needs Plan (SNP) – A Medicare Advantage Plan that has a benefit package designed for people with special health care needs. Examples of the specific groups served include people who have both Medicare and Medicaid, people who reside in nursing homes, and people who have certain chronic medical conditions.
Productos dentales/para la visión/para la audición/ Dental/Vision/Hearing Products
Planes que ofrecen beneficios adicionales para clientes que están buscando cubrir necesidades dentales, de la visión o audición. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare./ Plans offering additional benefits for consumers who are looking to cover needs for dental, vision, or hearing. These plans are not affiliated or connected to Medicare.

Productos para enfermedades críticas y accidentes/ Critical Illness and Accident Products
Planes que ofrecen beneficios adicionales, que deben pagarse a clientes en función de su utilización médica. A veces se utilizan para cubrir copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare./ Plans offering additional benefits; payable to consumers based upon their medical utilization; sometimes used to defray copays/coinsurance. These plans are not affiliated or connected to Medicare.
Productos complementarios (Medigap) de Medicare/ Medicare Supplement (Medigap) Products
Planes que ofrecen una póliza complementaria para llenar los vacíos de la cobertura de Medicare Original. Una póliza Medigap, por lo general, paga la totalidad o una parte de los montos de deducibles y coseguros aplicables a los servicios cubiertos de Medicare. Además, a veces cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, tales como la atención en el extranjero. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare./ Plans offering a supplemental policy to fill “gaps” in Original Medicare coverage. A Medigap policy typically pays some or all of the deductible and coinsurance amounts applicable to Medicare-covered services, and sometimes covers items and services that are not covered by Medicare, such as care outside of the country. These plans are not affiliated or connected to Medicare.

La documentación del alcance de la cita se encuentra sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS. Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Premera Blue Cross depende de la renovación del contrato./
Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements. Premera Blue Cross is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in Premera Blue Cross depends on contract renewal.

Premera Blue Cross es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association./
Premera Blue Cross is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

PREMERA | BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Aviso de no discriminación

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

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans
PO Box 21481, Eagan, MN 55121
Teléfono: 888-850-8526, Fax: 800-889-1076, TTY: 711
Correo electrónico: AppealsDepartmentInquiries@Premera.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados 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)

Los formularios de reclamos están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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

PREMERA BLUE CROSS
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 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 (TTY/TDD: 711) 1-888-850-8526. 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ございます。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。