
HORIZON BLUE CROSS BLUE SHIELD OF NEW JERSEY FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en el plan de medicamentos con receta médica de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en el plan de medicamento con receta médica de Medicare, también debe tener uno o ambos de los siguientes:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que inicia el 1 de enero).
- En el plazo de 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones donde tiene permitido inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul).
- Su domicilio permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los artículos de la Sección 2 son opcionales: no se le negará la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura con la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su cheque mensual de beneficios del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey
PO Box 10138
Newark, NJ 07101-9633

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-888-328-4542. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-888-328-4542 (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 Papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con 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 solicitud de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, en promedio, lo cual incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en fuentes de información existentes, reunir los datos necesarios, completar la solicitud de información y revisarla. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni otros artículos con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos y no se relacione con cómo mejorar este formulario o la carga para la recopilación (descrita en PMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará o enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede luego?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios

Seleccione el plan en el que desea inscribirse (solo uno):

- Horizon Medicare Blue Rx Saver (PDP): \$28.50 por mes
 Horizon Medicare Blue Rx Standard (PDP): \$63.80 por mes
 Horizon Medicare Blue Rx Enhanced (PDP): \$99.50 por mes

NOMBRE:

APELLIDO:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

(__/__/____)

Sexo:

Masculino Femenino

Número de teléfono:

□□□□□□□□□□

Calle de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de la dirección de residencia permanente (se permiten apartados postales):

Dirección: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Ciudad: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Estado: □□

Código postal:

□□□□□□

Su información de Medicare:

Número de Medicare: □□□□□□□□□□□□

Responda estas importantes preguntas:

¿Tendrá otra cobertura de medicamento con receta médica (como VA, TRICARE) además de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey?

Sí No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener la Parte A y Parte B para permanecer en Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.
- Al inscribirme en este Plan de medicamentos con receta médica de Medicare, reconozco que Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y con otros fines aplicables por los estatutos federales que autorizan la obtención de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde esto puede afectar la inscripción en el plan.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare por lo general no reciben cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Parentesco con el miembro:

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no completó esta información.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Letra de imprenta grande

Comuníquese con Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-800-391-1906 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los que se mencionan arriba (por ej., Braille y CD de audio). Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja?

Sí

No

¿Su cónyuge trabaja?

Sí

No

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir comunicaciones de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey por correo electrónico.

Pago de las primas del plan

Puede pagar su prima del plan mensual por correo o por teléfono cada mes. **También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática mensual de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

Si tiene que pagar un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D- Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de RRB). **NO** pague el IRMAA de la Parte D de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.

Programa de pagos de primas (elija una opción: si no selecciona una opción de pago, le cobraremos mensualmente).

Consulte la siguiente información para obtener más detalles sobre el pago de sus primas. **No envíe dinero ahora.** Si se aprueba su solicitud, le facturaremos según el siguiente programa de pagos.

Me gustaría que me facturaran de la siguiente manera:

Recibir una factura mensualmente. Pagar por correo postal (cheque, giro postal o MoneyGram).

Pagar por teléfono mensualmente. También puede llamar al servicio de atención al cliente para efectuar un pago por teléfono con su cuenta corriente. Deberá proporcionar su número de ruta y su número de cuenta corriente que figuran en la parte inferior de sus cheques.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensuales de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) o del Seguro Social.

Obtengo beneficios mensuales de los siguientes servicios:

Seguro Social

RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos meses o más en iniciarse hasta que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Solo para uso de agentes

Id. de GA:	<input type="text"/>	Fecha de recepción de GA:	<input type="text"/>	N.º de productor nacional:	<input type="text"/>
Nombre del agente autorizado:	<input type="text"/>				
Fecha del recibo:	<input type="text"/>	N.º de teléfono (agente vendedor):	<input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:	<input type="text"/>				
Fecha de vigencia de la cobertura solicitada:	<input type="text"/>	Id. del agente:	<input type="text"/>		
Id. de la oportunidad:	<input type="text"/>	Id. de la ubicación:	<input type="text"/>	Id. del consumidor:	<input type="text"/>

Identificación del evento: _____

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 hacer un seguimiento de la inscripción del beneficiario en Medicare Advantage (MA) o planes de medicamento con receta médica (Prescription Drug Plan, PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso de Sistema de Registro (System of Records Notice, SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde esto puede afectar la inscripción en el plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare solamente durante un período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, existen algunas excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare fuera del período anual de inscripción.

Lea las siguientes declaraciones atentamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.
- Hace poco salí de prisión. Salí el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente atravesé un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, atravesé un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente, atravesé un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, atravesé un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare pero no he realizado un cambio.
- Vivo en o recientemente me mudé de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, una residencia con servicios de enfermería o un centro de atención de largo plazo). Me mudé/mudaré al/del establecimiento el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta médica (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingresar fecha) _____.
- Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.
- Fui afectado por un desastre mayor o una emergencia, según lo establece la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o una entidad gubernamental local, estatal o federal. Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- En los últimos 12 meses, abandoné una póliza de Medigap para incorporarme a un plan Medicare Advantage* por primera vez (*plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica).
- En los últimos 12 meses, me incorporé a un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica cuando cumplí 65 años.
- Planeo cancelar mi inscripción de un plan de costos de Medicare y tenía cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare a partir de ese plan de costos.
- Recientemente perdí la Parte B de Medicare, pero todavía tengo la Parte A.
- He tenido Medicare en el pasado, pero ahora cumpliré 65 años.
- Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso.†

† Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-888-328-4542 a fin de ver si es elegible para la inscripción. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horizon Insurance Company (“HIC”) tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), HMO-Punto de Servicio (Point-of-Service, POS), una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y de la Parte D de Medicare, incluidos planes Medicare Advantage grupales y planes de medicamentos con receta médica de la Parte D grupales. La inscripción en los productos Medicare de HIC depende de la renovación del contrato. Los productos son brindados por HIC. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association. | Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. © 2021 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.

