



BlueCross BlueShield of New Mexico

Aspectos básicos de Medicare

Lo que necesita saber



Información sobre las Partes A, B, C y D de Medicare, la elegibilidad y el proceso de solicitud de cobertura y sobre cómo Medicare paga cuando tiene otra cobertura.

Índice

Introducción a Medicare.	1
¿Qué opciones tiene en Medicare?.	2
¿Cuándo es elegible para solicitar cobertura?	3
¿Qué debe saber sobre la Parte A de Medicare?.	6
¿Qué debe saber sobre la Parte B de Medicare?.	7
¿Qué debe saber sobre las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare?	8
¿Qué incluye una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare?	9
¿Qué debe saber sobre las coberturas Medicare Advantage?	10
¿Qué incluye una cobertura Medicare Advantage?.	11
¿Cuánto cuesta una cobertura Medicare Advantage?	12
¿En qué se diferencian las coberturas Medicare Advantage de las del Seguro Suplementario de Medicare?	13
¿Qué debe saber sobre las coberturas para medicamentos con receta de Medicare?.	14
¿Cuánto cuesta una cobertura Parte D de Medicare?	15
¿Cuándo puede cambiar o dar de baja una cobertura Medicare Advantage o una cobertura para medicamentos con receta? . . .	16
¿Qué opciones tienen usted o su cónyuge cuando se jubilen?	17
Si tiene un seguro médico como prestación laboral para jubilados, ¿cuándo debería solicitar cobertura de Medicare?	18
Si tiene cobertura según COBRA, ¿cuándo debería solicitar cobertura de Medicare?	19
¿Puede retrasar la solicitud de cobertura de Medicare sin incurrir en multas?.	20
Si tiene Medicare y otra cobertura, ¿qué cobertura paga primero?	21

Introducción a Medicare

Medicare es el programa de seguro médico más grande del país que incluye servicios de atención médica como estancias en hospitales, atención de enfermería especializada y servicios médicos para decenas de millones de estadounidenses. Medicare consta de cuatro partes; cada una presta diferentes tipos de servicios de atención médica.



Seguro hospitalario

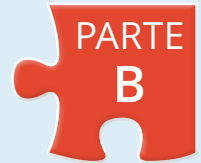
Ayuda a pagar la atención hospitalaria para pacientes internados y la atención en centros de enfermería

especializada, en el hogar y en centros paliativos. Si bien a la mayoría de los estadounidenses se les da cobertura automáticamente en la Parte A de Medicare, es posible que esta parte sola no cubra todos los costos de atención médica. Las Partes B, C y D son programas voluntarios que proporcionan cobertura adicional.

Seguro médico

Ayuda a pagar los servicios del médico incluidos en la cobertura y muchos otros suministros y servicios médicos.

Si no solicita la cobertura Parte B cuando es elegible por primera vez para Medicare, es posible que deba pagar una multa más adelante.



Coberturas Medicare Advantage

Ofrecen cobertura médica a través de una red de prestadores de servicios médicos, como las coberturas HMO o PPO, y son una alternativa a Original Medicare (Partes A y B). Estas coberturas pueden o no cubrir medicamentos con receta.

Cobertura para medicamentos con receta

Ayuda a pagar los medicamentos con receta incluidos en la cobertura. Como sucede con la Parte B, si elige una cobertura Parte D al ser elegible por primera vez, es posible que no tenga que pagar una multa más adelante.



Seguro Suplementario de Medicare

La cobertura opcional ayuda a pagar gastos que excedan lo que Medicare incluye. Hay varias coberturas de Seguro Suplementario de Medicare, cada una con diferentes servicios médicos y primas. De esa forma, puede elegir la que mejor se adapte a sus necesidades específicas. Las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare se identifican con las letras de la "A" a la "N"¹. Los servicios médicos esenciales incluidos en cada cobertura son exactamente iguales en todas las compañías de seguro.

No está relacionado con el gobierno de los EE. UU. ni con el programa federal Medicare, ni cuenta con su patrocinio.

¹ Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no ofrece todas estas coberturas.

¿Qué opciones tiene en Medicare?

Existen dos maneras principales de recibir cobertura de Medicare: Original Medicare o una cobertura Medicare Advantage. Siga estos pasos para elegir las mejores opciones de cobertura para usted.



² Usted puede acudir a cualquier hospital o médico que sea un prestador de servicios médicos contratado por Medicare.

³ Debe acudir a hospitales y médicos de la red para recibir el nivel más amplio de cobertura y en situaciones médicas que no sean emergencias.

¿Cuándo es elegible para solicitar cobertura?

¿Es elegible para solicitar las coberturas Parte A y Parte B de Medicare?

Si responde "Sí" al menos a una de las siguientes preguntas, puede ser elegible.

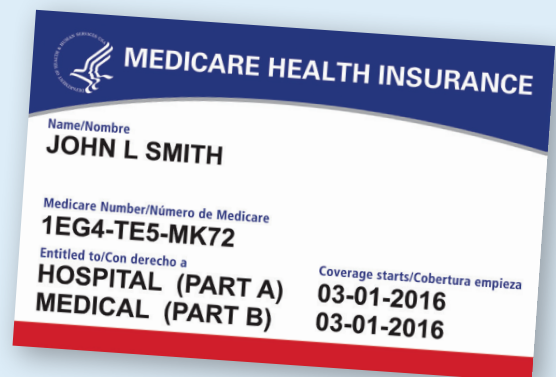
- ¿Es mayor de 65 años y recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario?
- ¿Es menor de 65 años y padece cierto tipo de discapacidad?
- ¿Usted o su cónyuge trabajaron al menos 10 años en un empleo que cotiza para Medicare?

¿Es usted elegible para solicitar una cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D) o una cobertura Medicare Advantage (Parte C)?

Además de cumplir con los requisitos para solicitar las coberturas Parte A y B de Medicare si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, debe vivir en el área de servicio de la cobertura que desea solicitar para ser elegible. Cada cobertura tiene un límite geográfico.

¿Recibió su tarjeta de Medicare?

Las personas que cumplen 65 años y reciben beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario son inscritas automáticamente en la Parte A y la Parte B de Medicare. Los servicios médicos y beneficios de la Parte A comienzan el primer día del mes de su cumpleaños y la mayoría de los estadounidenses no tienen que pagar una prima por la póliza. Pero debido a que la cobertura Parte B sí tiene una prima mensual, tiene la opción de rechazar dicha cobertura. Medicare le enviará un paquete con las tarjetas de Medicare e información sobre los servicios médicos unos 90 días antes de que cumpla 65 años.



¿Cuándo es elegible para solicitar cobertura? *(continuación)*

Período inicial de inscripción: Coberturas Parte A y Parte B de Medicare, coberturas Medicare Advantage (Parte C) y coberturas para medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

El Período inicial para solicitar cobertura fue específicamente creado para quienes cumplen 65 años y son elegibles para Medicare por primera vez, y no para quienes desean cambiar la cobertura de Medicare. Es un período de siete meses que comprende los tres meses anteriores al mes de su cumpleaños, el mes de su cumpleaños y los tres meses siguientes a su cumpleaños.



- Si solicita cobertura antes del mes de su cumpleaños y su fecha de cumpleaños no es el primer día del mes, la cobertura comenzará el primer día del mes de su cumpleaños.
- Si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura puede comenzar el primer día del mes anterior. Si solicita cobertura durante el mes de su cumpleaños, la cobertura comenzará un mes después de que la solicite.
- Si solicita cobertura un mes después de cumplir los 65 años, la cobertura comenzará dos meses después de que solicite la cobertura. Y si solicita cobertura dos o tres meses después de cumplir los 65 años, la cobertura comenzará tres meses después de que la solicite.

Período de inscripciones: coberturas de Seguro Suplementario de Medicare (también denominadas Medigap):

Usted cuenta con un Período de inscripciones de seis meses, por única vez, que comienza el primer mes cuando cumple 65 años y obtiene las coberturas Parte A y Parte B de Medicare. Este período le da el derecho garantizado a adquirir cualquier cobertura de Seguro Suplementario de Medicare que se comercialice en New Mexico, independientemente de su estado de salud. Luego de ese período, las compañías que venden coberturas de Seguro Suplementario de Medicare pueden negarse a venderle una cobertura según su estado de salud.

Período general de inscripción: Parte A y Parte B de Medicare

Si no se inscribió en la Parte A y/o la Parte B cuando fue elegible por primera vez, y no es elegible para un Período especial de inscripción (vea a continuación), puede inscribirse durante el Período general de inscripción, del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1.º de julio. Si no tenía una cobertura de seguro médico válida de antemano, es posible que tenga que pagar una multa permanente por solicitud tardía de cobertura.

¿Cuándo es elegible para solicitar cobertura? *(continuación)*

Período especial de inscripción: Parte A y Parte B de Medicare

Si es un empleado en activo y tiene cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de un empleador que tiene al menos 20 empleados, tiene un Período especial de inscripción durante el cual puede solicitar las coberturas Parte A y/o Parte B. Podrá hacerlo siempre y cuando usted o su cónyuge trabajen y usted reciba cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través del empleador o del sindicato por dicho empleo. También tiene un Período especial de inscripción de ocho meses para solicitar las coberturas Parte A y/o Parte B, que comienza el mes después de la terminación de su empleo o de la cobertura del seguro médico que recibe como prestación laboral (grupal) a través de su empleo vigente, lo que ocurra primero. Si solicita cobertura durante un Período especial de inscripción, por lo general, no tiene que pagar una multa por solicitud tardía de cobertura. Las coberturas médicas para jubilados y la cobertura según COBRA no se consideran coberturas por empleo actual. Cuando esa cobertura termina, no es elegible para un Período especial de inscripción.

Período de inscripción anual: coberturas Medicare Advantage (Parte C) y coberturas para medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

Del 15 de octubre al 7 de diciembre, cualquier asegurado de Medicare que sea elegible puede solicitar una cobertura Medicare Advantage o una cobertura para medicamentos con receta. También puede cambiar de cobertura Medicare Advantage o de cobertura para medicamentos con receta.

Períodos especiales de inscripción (SEP, en inglés): coberturas Medicare Advantage (Parte C) y coberturas para medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

Usted puede solicitar una cobertura, cambiarla o darla de baja en cualquier momento del año por determinadas circunstancias especiales. Esto se conoce como período especial de inscripción. Consulte con la aseguradora para saber si puede solicitar cobertura fuera de los períodos típicos para solicitar cobertura. Estos son algunos motivos por los que podría ser elegible:

- Se mudó fuera del área de servicio de la cobertura.
- Recibe atención en una institución (como un centro de atención médica prolongada).
- Cumple con los requisitos para el “Beneficio Adicional” de Medicare para cubrir los costos de medicamentos con receta.
- Es elegible para Medicaid.
- Perdió la cobertura para jubilados que tenía a través de su empleador.

Verifique con la aseguradora la fecha de inicio de la cobertura, ya que esta puede variar.

Conclusión

Para evitar pagar una prima más alta, usted (y su cónyuge, si corresponde) tendrá que solicitar cobertura en Medicare la primera vez que sea elegible o durante un Período especial de inscripción. Los participantes de seguros para jubilados y coberturas según COBRA no son elegibles para un Período especial de inscripción. También puede considerar solicitar una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y/o una cobertura para medicamentos con receta (Parte D), o una cobertura Medicare Advantage (Parte C) durante ese mismo período.⁴

Si está pensando en rechazar la Parte B, debería llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 y preguntar si puede hacerlo sin incurrir en multas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

⁴ Cuando solicita una cobertura Medicare Advantage, no puede tener un Seguro Suplementario de Medicare al mismo tiempo.



¿Qué debe saber sobre la Parte A de Medicare?

La Parte A (seguro hospitalario) ayuda a pagar lo siguiente:

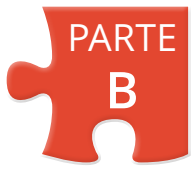
- la atención como paciente internado en un hospital;
- la atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) luego de una hospitalización;
- algunos servicios de atención médica en el hogar y en un centro paliativo.

Usted es elegible a los 65 años para la cobertura Parte A, sin costo para usted, si reúne alguno de los siguientes requisitos:

- Recibe o es elegible para recibir beneficios del Seguro Social.
- Recibe o es elegible para recibir beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario.
- Puede ser elegible para la Parte A de Medicare por los antecedentes laborales de su cónyuge si reúne alguno de los siguientes requisitos:
 - Está actualmente casado y su cónyuge es elegible para los beneficios del Seguro Social (por jubilación o discapacidad). Además, tiene que haber estado casado durante al menos un año antes de presentar la solicitud.
 - Está divorciado y su excónyuge es elegible para los beneficios del Seguro Social (por jubilación o discapacidad). Además, tiene que haber estado casado durante al menos 10 años y estar soltero.
 - Es viudo y estuvo casado durante al menos nueve meses antes de que su cónyuge falleciera. Además, debe estar soltero.

Aunque no cumpla con ninguno de estos requisitos a la edad de 65 años, puede acceder igualmente a la Parte A pagando una prima mensual. Por lo general, puede solicitar la cobertura de este seguro hospitalario, únicamente, durante determinados períodos de inscripciones.

Si tiene alguna pregunta sobre la Parte A o su elegibilidad, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.



¿Qué debe saber sobre la Parte B de Medicare?

Puntos importantes sobre la Parte B de Medicare:

- La Parte B de Medicare incluye las consultas presenciales y los servicios médicos, los análisis de laboratorio y la mayoría de los servicios de atención para pacientes externos.
- La mayoría de las personas pagan una prima mensual por la Parte B.
- Usted puede solicitar la cobertura Parte B durante el Período inicial de inscripción. Este es un período de siete meses que comprende los tres meses anteriores al mes de su cumpleaños, el mes de su cumpleaños y los tres meses siguientes al mes de su cumpleaños.
- Si rechaza la Parte B durante el Período inicial de inscripción y luego solicita la cobertura durante el Período general de inscripción, posiblemente, deba pagar una multa. La prima mensual de la Parte B se incrementará un 10% por cada período de 12 meses en que podría haber tenido Medicare, pero no solicitó la cobertura. La multa aumenta a medida que aumentan las primas de Medicare.
- Si rechaza la Parte B durante el Período inicial de inscripción debido a que tiene cobertura como empleado en activo de una empresa con 20 empleados o más, deberá solicitar cobertura durante el Período especial de inscripción que lo haga elegible.

Asegúrese de solicitar la cobertura Parte B si reúne alguno de los siguientes requisitos:

- Está jubilado.
- No trabaja.
- Tiene cobertura médica como jubilado o según COBRA.
- Tiene una cobertura médica como prestación laboral (grupal) que paga en segundo lugar, después de Medicare.

Si su estatus laboral cambia, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Pregunte qué efecto puede tener un cambio de estatus laboral en su cobertura de Medicare.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

¿Qué debe saber sobre las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare?

Como muestra el diagrama de la página 2, tiene dos opciones de las cuales puede elegir al tomar decisiones relacionadas con Medicare. Una opción es solicitar la cobertura Parte A y Parte B de Medicare, y luego elegir una cobertura Medicare Advantage que, por lo general, incluye cobertura para medicamentos con receta.

La otra opción es solicitar la cobertura Parte A y Parte B de Medicare, y complementarlas con un Seguro Suplementario de Medicare (Medigap) y/o una cobertura para medicamentos con receta (Parte D).

¿Cómo funcionan las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare?

El gobierno federal ha diseñado coberturas estandarizadas de Seguro Suplementario de Medicare. Los servicios médicos que incluyen son los mismos, independientemente de la compañía que venda las pólizas. Las primas podrían variar.

En la mayoría de los estados, estas coberturas se identifican con las letras de la A a la N. Cada cobertura está diseñada para ayudar a cubrir los gastos médicos que Original Medicare no paga. Las primas de estas coberturas, generalmente, aumentan con la edad de la persona.

Si una persona solicita la cobertura de un Seguro Suplementario de Medicare dentro de los seis meses de cumplir los 65 años y ha solicitado la cobertura Parte B de Medicare, tiene el derecho garantizado a adquirir cualquier cobertura de Seguro Suplementario de Medicare que se comercialice en el estado sin ser rechazada o tener que pagar más por una condición médica preexistente.

¿Las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare incluyen prestadores de servicios médicos de la red?

En algunos estados, se ofrecen coberturas Medicare Select. Estas coberturas exigen a los asegurados acudir a hospitales de la red Medicare Select para recibir atención médica que no sea de emergencia, de lo contrario, incurrirán en algunos gastos. (En casos de emergencia, la atención médica siempre tiene cobertura en cualquier hospital). En algunos casos, los asegurados tienen que consultar a médicos específicos o a otros prestadores de servicios médicos para tener cobertura total. Sin embargo, la mayoría de las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare permiten a los asegurados acudir a cualquier hospital o médico que acepte Medicare.

¿Está incluida la atención médica de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU.?

Una característica importante de algunas coberturas de Seguro Suplementario de Medicare es que proporcionan cobertura limitada para atención médica de emergencia a personas que viajan fuera de los Estados Unidos. Medicare por sí solo no cubre los gastos de atención médica de emergencia incurridos fuera de los EE. UU.

¿Los medicamentos con receta tienen cobertura?

El Seguro Suplementario de Medicare no incluye los medicamentos con receta para pacientes externos. Para que estos medicamentos estén incluidos, también tiene que solicitar la cobertura para medicamentos con receta (Parte D).

El cuadro de la página siguiente muestra las distintas coberturas de Seguro Suplementario de Medicare y lo que incluyen.

¿Qué incluye una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare?

Coberturas de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)

Estas coberturas están diseñadas para ayudar a pagar las cantidades por concepto de deducibles, copagos y coaseguro que Medicare no paga.

Compare una a una las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare

El siguiente cuadro muestra información básica sobre los diferentes servicios médicos y beneficios que ofrece cada cobertura.

Sí = Servicio médico con cobertura al 100%

No = Servicio médico no incluido en la póliza

% = Porcentaje del costo con cobertura para este servicio

N/A = no aplica

Servicios médicos incluidos en el Seguro Suplementario de Medicare	Coberturas de Seguro Suplementario de Medicare									
	A	B	C ⁵	D	F ⁵⁶	G ⁶	K	L	M	N
Incluye el coaseguro y los costos de hospitalización de la Parte A por hasta 365 días adicionales después de haber usado los servicios médicos de Medicare	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Coaseguro o copagos de la Parte B	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	50%	75%	Sí	Sí ⁷
Sangre (primeras 3 pintas)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	50%	75%	Sí	Sí
Coaseguro o copagos de la Parte A por atención en un centro para pacientes terminales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	50%	75%	Sí	Sí
Coaseguro por atención en un centro de enfermería especializada	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	50%	75%	Sí	Sí
Deducible de la Parte A	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	50%	75%	50%	Sí
Deducible de la Parte B	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No
Cargos en exceso de la Parte B	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Atención médica de emergencia durante viajes al extranjero (hasta los límites incluidos en la cobertura)	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Límite en gastos de bolsillo ⁸	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$6,620	\$3,310	N/A	N/A

⁵ Las coberturas C, F y F con deducible alto también están disponibles, pero solo si usted era elegible para Medicare antes del 1.º de enero de 2020.

⁶ Las coberturas F y G también ofrecen cobertura con deducible alto. Si elige esta opción, deberá pagar por los gastos médicos con cobertura de Medicare hasta alcanzar el deducible antes de que la cobertura de Seguro Suplementario de Medicare comience a pagar.

⁷ La cobertura N paga el 100% del coaseguro de la Parte B, salvo un copago de hasta \$20 por ciertas consultas presenciales y un copago de hasta \$50 por consultas médicas en la sala de emergencias que no resulten en la hospitalización del paciente.

⁸ Después de alcanzar el límite anual en gastos de bolsillo y el deducible anual de la Parte B, la cobertura de Seguro Suplementario de Medicare paga el 100% de los servicios con cobertura durante el resto del año calendario.



¿Qué debe saber sobre las coberturas Medicare Advantage?

Una cobertura Medicare Advantage es otra opción de cobertura que puede tener como parte de Medicare. Estas coberturas, a veces llamadas “Parte C” o “coberturas MA”, las ofrecen compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare. Las primas son fijas, sin importar la edad.

Si solicita una cobertura Medicare Advantage, esta incluirá:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario);
- Parte B de Medicare (seguro médico);
- límites en los gastos de bolsillo.

La mayoría incluye:

- cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D);
- cobertura adicional, como servicios para el cuidado dental, de la vista y de la audición, o programas de salud y bienestar.

Según las coberturas Medicare Advantage disponibles en su área, estas pueden ser sus opciones:

HMO – Organización para el Mantenimiento de la Salud

En la mayoría de las coberturas HMO, solo puede acudir a médicos, especialistas u hospitales que figuran en la lista de la cobertura, salvo en caso de emergencia. También puede necesitar un referido del médico de cabecera para poder consultar a un especialista.

HMO-POS – Cobertura HMO de punto de servicio

Es una cobertura HMO que le permite acceder a ciertos servicios fuera de la red a un costo más alto.

PPO – Organización de prestadores de servicios médicos preferenciales

En la mayoría de las coberturas PPO, paga menos si acude a médicos, hospitales u otros prestadores de servicios médicos que pertenecen a la red de la cobertura Medicare Advantage. También puede acudir a médicos, hospitales y prestadores de servicios médicos que no forman parte de la red, pero tendrá que pagar copagos y un coaseguro más altos.

PFFS – Cobertura privada con tarifas por servicio

Las coberturas PFFS se asemejan a Original Medicare en el hecho de que, por lo general, puede acudir a cualquier médico, prestador de servicios médicos u hospital que acepten atenderlo. La cobertura Medicare Advantage determina el monto que les pagará a los médicos, prestadores de servicios médicos y hospitales, y lo que usted deberá pagar cuando reciba atención.

SNP – Cobertura Special Needs Plan

Las coberturas SNP proporcionan atención médica específica y especializada para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo o quienes padecen ciertos problemas de salud crónicos.

MSA – Cuenta de ahorros para gastos médicos

Es una cobertura que combina una cobertura médica con deducible alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta (generalmente menos que el deducible). Usted puede usar ese dinero para pagar los servicios de atención médica que recibe durante el año.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B

Si solicita una cobertura Medicare Advantage, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, además de las primas de la cobertura que elija. Puede aplicarse una prima mensual, la cual puede variar según la cobertura seleccionada.

No puede tener un Seguro Suplementario de Medicare y Medicare Advantage al mismo tiempo

Las coberturas Medicare Advantage son seguros aprobados por Medicare y administrados por compañías privadas. Medicare Advantage y el Seguro Suplementario de Medicare no son lo mismo. Si contrata una cobertura Medicare Advantage, no puede contratar un Seguro Suplementario de Medicare.



¿Qué incluye una cobertura Medicare Advantage?

Todos los tipos de cobertura Medicare Advantage incluyen:

- servicios de emergencia y de atención médica inmediata;
- atención en centros para pacientes terminales (incluida en Original Medicare).

Las coberturas Medicare Advantage incluyen:

- servicios médicos incluidos en la Parte A de Medicare (seguro hospitalario);
- servicios médicos incluidos en la Parte B de Medicare (seguro médico).

Por lo general, incluyen servicios médicos adicionales, tales como:

- servicios para el cuidado dental, de la audición o de la vista;
- programas de acondicionamiento físico, salud y bienestar.

Varias coberturas incluyen:

- cobertura para medicamentos con receta;
- redes de prestadores de servicios médicos para ayudar a administrar los costos.

Las coberturas pueden cobrar diferentes copagos, deducibles y coaseguro por estos servicios.

Recuerde que, si solicita una cobertura Medicare Advantage, tendrá que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, además de las primas que le cobre la cobertura que elija.



¿Cuánto cuesta una cobertura Medicare Advantage?

Hay varios factores que pueden incidir en el costo anual que puede tener una cobertura Medicare Advantage para usted.

Los siguientes son algunos de los costos habituales:

Primas

Puede tener que pagar una prima mensual por la cobertura Medicare Advantage, además de la prima de la Parte B de Medicare.

Copagos

Puede tener que pagarlos al momento en que reciba un servicio incluido en la cobertura. Por ejemplo, podría tener que pagar un copago de \$10 por una consulta a su médico de cabecera.

Coaseguro

La aseguradora puede exigirle que pague un porcentaje del costo de ciertos servicios incluidos. Por ejemplo, si la cobertura tiene un coaseguro del 25%, por un servicio de \$100, usted pagaría \$25 y la aseguradora pagaría los \$75 restantes.

Véalo de esta forma:

	\$100	Cargo por el servicio
–	\$ 75	Cantidad que paga la aseguradora
	\$ 25	Cantidad que paga el asegurado

Deducible

Costos que usted tiene que pagar antes de que la aseguradora comience a pagar. Por lo general, los copagos y coaseguros se contabilizan como parte del deducible.

Gastos máximos de bolsillo

Es el monto máximo que tendrá que pagar cada año por los servicios médicos incluidos en la cobertura (este monto puede variar dependiendo de si recibe o no servicios médicos de prestadores de la red de la cobertura).

Cada cobertura Medicare Advantage es única. Debe leer y comparar detenidamente los servicios médicos que ofrece cada cobertura para entender los servicios que incluye, los costos que usted tiene que pagar y lo que la cobertura pagará.

¿En qué se diferencian las coberturas Medicare Advantage de las del Seguro Suplementario de Medicare?

Las coberturas Medicare Advantage no son coberturas suplementarias.

Son diferentes a las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.

	Cobertura Medicare Advantage	Cobertura de Seguro Suplementario de Medicare
Prima de la Parte B	Se tiene que pagar; es independiente de la prima de la cobertura Medicare Advantage.	Se tiene que pagar; es independiente de la prima del Seguro Suplementario de Medicare.
Prima mensual	Se tiene que pagar; es independiente de la prima de la Parte B.	Se tiene que pagar; es independiente de la prima de la Parte B.
Cantidad de coberturas	Lo determina la compañía de seguros.	Coberturas estandarizadas establecidas por Medicare.
Servicios médicos	Combina los servicios incluidos en la Parte A y B de Medicare y los complementa con servicios agregados por la cobertura Medicare Advantage.	Ya debe contar con la Parte A y la Parte B; las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare ayudan a pagar los gastos médicos que restan luego de que paga Medicare, como copagos, coaseguro y deducibles. Además de los servicios estándar, algunas coberturas incluyen servicios innovadores.
Prestadores de servicios médicos	Es posible que los asegurados deban atenderse con prestadores de servicios médicos que formen parte de la red de la cobertura.	Los asegurados pueden acudir a cualquier prestador de servicios médicos que acepte Medicare.
Hospitales	Es posible que los asegurados deban acudir a hospitales que formen parte de la red de la cobertura.	Los asegurados pueden acudir a cualquier hospital que acepte Medicare.
Cobertura para medicamentos con receta	Es posible que incluya cobertura para medicamentos con receta.	No incluye cobertura para medicamentos con receta. Se recomienda que solicite una cobertura Parte D por separado.



¿Qué debe saber sobre las coberturas para medicamentos con receta de Medicare?

Las coberturas para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare ayudan a pagar los medicamentos con receta. Estas coberturas las ofrecen compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare. Con frecuencia, las coberturas Parte D tienen una prima mensual, copagos, coaseguro y un deducible. Si bien existen diferentes tipos de cobertura, todas las coberturas Parte D incluyen las siguientes etapas. Las ventajas y los servicios que ofrecen pueden ser más de los que se muestran a continuación o una versión mejorada.

Deducible anual

Usted paga este monto por los medicamentos con receta antes de que la aseguradora comience a pagar.



Cobertura inicial

Usted paga un copago o coaseguro por cada medicamento con receta elegible que surta.

La aseguradora paga el resto hasta que el costo total alcance el límite de cobertura inicial. Este es un monto determinado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) cada año.



Interrupción de la cobertura

Cuando usted y la cobertura alcancen el límite de cobertura inicial en medicamentos con cobertura (el monto combinado más el deducible), usted entra en la etapa de interrupción de la cobertura. Durante la interrupción de cobertura, usted paga diferentes copagos o coaseguros por medicamentos genéricos y de marca, dependiendo de la cobertura Parte D que tenga.



Después de la interrupción de la cobertura

La interrupción de la cobertura termina cuando sus gastos de bolsillo en medicamentos con cobertura alcanzan un monto determinado anualmente por CMS. Durante esta etapa, usted pagará un copago o coaseguro pequeño por los medicamentos con cobertura durante el resto del año calendario.



¿Cuánto cuesta una cobertura Parte D de Medicare?

Hay varios factores que pueden incidir en el costo anual que puede tener una cobertura Parte D de Medicare para usted.

Los siguientes son algunos de los costos habituales:

Primas

Es posible que tenga que pagar una prima por la cobertura Parte B y otra por la cobertura Parte D.

Copagos

Los paga al momento de recibir un medicamento con receta incluido en la cobertura.

Coaseguro

La aseguradora puede exigirle que pague un porcentaje del costo de ciertos medicamentos con receta incluidos en la cobertura. Por ejemplo, si la cobertura tiene un coaseguro del 25%, por un medicamento con receta de \$100, usted pagaría \$25 y la aseguradora pagaría los \$75 restantes.

Véalo de esta forma:

	\$100	Cargo por el medicamento con receta incluido en la cobertura
–	\$ 75	Cantidad que paga la aseguradora
	\$ 25	Cantidad que paga el asegurado

Deducible

Usted paga todos los costos que se tienen en cuenta para el deducible antes de que la aseguradora comience a pagar. Las primas de las coberturas con deducibles más altos, generalmente, son más bajas.

¿Cuándo puede cambiar o dar de baja una cobertura Medicare Advantage o una cobertura para medicamentos con receta?

Período de inscripción anual

Del 15 de octubre al 7 de diciembre

Durante el Período de inscripción anual, todos pueden solicitar, cambiar o dar de baja una cobertura Medicare Advantage o una cobertura para medicamentos con receta. La cobertura comenzará el 1.º de enero, siempre y cuando la aseguradora reciba la solicitud antes del 7 de diciembre.

Período de inscripciones para la cobertura Medicare Advantage

Del 1.º de enero al 31 de marzo

Si desea cambiar su cobertura Medicare Advantage luego del Período anual de inscripción (AEP, en inglés), puede elegir cambiar a Original Medicare (Parte A+B) y contratar una cobertura Parte D independiente (PDP, en inglés). Durante el período de inscripciones, también puede elegir:

- cambiar a otra cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage;
- cambiar a otra cobertura, únicamente de Medicare Advantage.

Períodos especiales de inscripción (SEP)

En la mayoría de los casos, debe mantener la cobertura vigente durante el año calendario a partir de la fecha en que comienza la cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones puede solicitar, cambiar o dar de baja una cobertura de Medicare Advantage o una cobertura para medicamentos con receta durante un período especial de inscripción. Comuníquese con la cobertura si alguna de estas situaciones aplica a usted:

- Se muda fuera del área de servicios de la cobertura.
- Está inscrito en Medicaid.
- Cumple con los requisitos para el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés).
- Vive en una institución (como un asilo).

Derecho a un Período especial de inscripción de prueba de Medicare Advantage

El derecho a un Período especial de inscripción de prueba está disponible para las personas que solicitaron una cobertura Medicare Advantage por primera vez, pero que deciden regresar a Original Medicare y a un Seguro Suplementario de Medicare. El derecho a este Período especial de inscripción de prueba les permite dar de baja la cobertura Medicare Advantage y solicitar cobertura de Original Medicare con el derecho garantizado (independientemente del estado de salud) de adquirir una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare.

El derecho a un Período especial de inscripción de prueba se aplicaría en los siguientes casos:

- La persona solicita una cobertura Medicare Advantage cuando es elegible por primera vez para la Parte A de Medicare a la edad de 65 años, y dentro del primer año de hacerlo, decide cambiarse a Original Medicare y a un Seguro Suplementario de Medicare.
- La persona da de baja una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare para solicitar una cobertura Medicare Advantage por primera vez, tiene la cobertura durante menos de un año, y luego decide regresar a Original Medicare y a un Seguro Suplementario de Medicare.

¿Qué opciones tienen usted o su cónyuge cuando se jubilen?

Medicare brinda cobertura a las personas a través de la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). También puede considerar solicitar una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y una cobertura para medicamentos con receta o una cobertura Medicare Advantage.

Ni Medicare ni las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare, Medicare Advantage, ni las coberturas para medicamentos con receta ofrecen cobertura para la familia o derechohabientes.

Su cónyuge puede adquirir una cobertura de seguro médico para particulares si es menor de 65 años y:

- dejará de tener cobertura a través de su cobertura médica como prestación laboral (grupál);
 - no tiene la opción de solicitar cobertura médica como prestación laboral (grupál) a través de su propio empleador o sindicato;
- Y
- aún no es elegible para Medicare.

Conclusión

Si su cónyuge es menor de 65 años y no va a tener cobertura disponible como prestación laboral (grupál) a través de un empleador o sindicato después de que usted se jubile, puede adquirir una cobertura de seguro médico para particulares a través de una compañía de seguros médicos. Medicare no ofrece cobertura para la familia o derechohabientes.

Si tiene un seguro médico como prestación laboral para jubilados, ¿cuándo debería solicitar cobertura de Medicare?

Si se jubila de su actual empleador, puede solicitar cobertura en Medicare durante el **Período inicial de inscripción** (vea la página 4).

Si no solicita cobertura en Medicare durante el Período inicial de inscripción, tendrá que esperar hasta el **Período general de inscripción** siguiente, del 1.º de enero al 31 de marzo, después de su Período inicial de inscripción.

Si no solicita cobertura en Medicare durante su Período inicial de inscripción, pagará una multa cuando se inscriba más adelante. Su prima mensual se incrementará en un 10% por cada período de 12 meses en que haya sido elegible para Medicare, pero no solicitó la cobertura. La multa aumenta a medida que aumentan las primas de Medicare.

Esto también se aplica a su cónyuge si recibe cobertura a través del seguro para jubilados de usted y no cuenta con una cobertura médica disponible como prestación laboral (grupal) a través de un empleo actual. Su cónyuge debería solicitar cobertura en Medicare durante el Período inicial de inscripción para evitar pagar una prima más alta de Medicare por la solicitud tardía de cobertura.

Considere los siguientes puntos importantes

- Usted debería mantener su seguro para jubilados si puede pagarlo y si incluye las carencias de Medicare.
- Si tiene un seguro para jubilados de su empleador o del empleador de su cónyuge, debería solicitar la Parte A y la Parte B de Medicare para tener una cobertura más completa para servicios de médicos y otros tipos de atención médica.

Conclusión

El seguro para jubilados no se considera una cobertura por empleo actual. A diferencia de los empleados en activo que siguen trabajando después de cumplir los 65 años, usted no es elegible para el Período especial de inscripción (el período de ocho meses que comienza el mes después de que el empleo termina o de que termina la cobertura médica disponible como prestación laboral [grupal] por un empleo actual, lo que ocurra primero).

Para evitar tener que pagar una prima más alta, asegúrese de que usted (y su cónyuge, si corresponde) solicite cobertura en la Parte B de Medicare la primera vez que sea elegible. Hable con el administrador de la cobertura para saber cómo funcionará el seguro para jubilados con Medicare. También puede considerar solicitar una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y una cobertura para medicamentos con receta.

Si está pensando en rechazar la Parte B de Medicare, debería llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 y preguntar si puede hacerlo sin incurrir en multas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Si tiene cobertura según COBRA, ¿cuándo debería solicitar cobertura de Medicare?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) otorga a ciertos exempleados, jubilados, cónyuges, excónyuges e hijos derechohabientes el derecho a continuar teniendo cobertura médica con tarifas grupales durante un determinado período. Por lo general, los participantes de COBRA pagan la prima de la póliza en su totalidad para tener cobertura.

Si es participante de COBRA al momento de cumplir los 65 años, puede solicitar cobertura en Medicare durante el **Período inicial de inscripción** (vea la página 4).

Si no solicita cobertura en Medicare durante el Período inicial de inscripción, tendrá que esperar hasta el **Período general de inscripción** siguiente, del 1.º de enero al 31 de marzo, después de su Período inicial de inscripción.

Evite las multas solicitando la cobertura cuando sea elegible

Si no solicita cobertura en Medicare durante su Período inicial de inscripción, pagará una multa cuando solicite cobertura más adelante. La prima mensual se incrementará en un 10% por cada período de 12 meses en que haya sido elegible para Medicare, pero no solicitó la cobertura. La multa aumenta a medida que aumentan las primas de Medicare.

Esto también aplica a su cónyuge, cuando recibe cobertura de COBRA a través de usted. Si el cónyuge no tiene cobertura médica grupal por un empleo actual, debería solicitar la cobertura de Medicare durante el Período inicial de inscripción para evitar tener que pagar una prima más alta por la solicitud tardía de la cobertura Medicare.

Conclusión

La cobertura COBRA no se considera una cobertura por empleo actual. A diferencia de los empleados en activo que siguen trabajando después de cumplir los 65 años, usted no es elegible para el Período especial de inscripción (el período de ocho meses que comienza el mes después de que el empleo termina o de que termina el seguro de cobertura médica como prestación laboral [grupal] por un empleo actual, lo que ocurra primero).

Para evitar tener que pagar una prima más alta, asegúrese de que usted (y su cónyuge, si corresponde) solicite cobertura en la Parte B de Medicare la primera vez que sea elegible. También puede considerar solicitar una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y una cobertura para medicamentos con receta.

Si está pensando en rechazar la Parte B de Medicare, debería llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 y preguntar si puede hacerlo sin incurrir en multas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

¿Puede retrasar la solicitud de cobertura de Medicare sin incurrir en multas?

Si continúa trabajando después de los 65 años, sigue teniendo la cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de su empleador y este tiene 20 o más empleados, puede retrasar la solicitud de la cobertura Parte B de Medicare hasta el Período especial de inscripción.

El Período especial de inscripción puede tener lugar:

- en cualquier momento en que usted o su cónyuge estén trabajando y usted tenga cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de su empleador o del sindicato por dicho trabajo; O
- durante el período de ocho meses que comienza el mes después de que el empleo termina o de que termina la cobertura médica como prestación laboral (grupal) por un empleo actual, lo que ocurra primero.

¿Qué reglas aplican a mi cónyuge?

Si su cónyuge recibe cobertura a través de la cobertura médica como prestación laboral (grupal) que usted tiene a través de su empleador, también puede retrasar la inscripción en la Parte B de Medicare hasta el Período especial de inscripción.

¿En qué caso pagaría una multa?

Si solicita la cobertura Parte B de Medicare después de que finalice el Período especial de inscripción, pagará una multa. La prima mensual se incrementará en un 10% por cada período de 12 meses en que haya sido elegible para Medicare, pero no solicitó la cobertura. Esto también se aplica a su cónyuge si recibía cobertura médica (grupal) a través del empleador suyo. La multa aumenta a medida que aumentan las primas de la Parte B de Medicare.

Considere los siguientes puntos importantes:

- Si trabaja en una empresa pequeña (con menos de 20 empleados), es probable que tenga que solicitar la cobertura Parte B de Medicare además de la Parte A al cumplir los 65 años. Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare será el pagador principal. La cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través del empleo será el pagador secundario.
- Si solicita la cobertura de Medicare, considere adquirir una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare para incluir lo que Medicare no cubre.
- Hable con el administrador de la cobertura para saber cómo funcionaría la cobertura médica, como prestación laboral (grupal), con Medicare y lo que incluye la cobertura. Por ejemplo, averigüe si la cobertura médica como prestación laboral (grupal) incluye cobertura para medicamentos con receta y si dicha cobertura se considera igual de buena que la cobertura Parte D de Medicare ("cobertura válida"). Si su cobertura para medicamentos no es tan buena como la de Medicare, debería considerar una cobertura para medicamentos con receta.

Conclusión

Para evitar tener que pagar una prima más alta, usted (y su cónyuge, si corresponde) tendrá que solicitar la cobertura Parte B de Medicare antes de que termine el Período especial de inscripción. También puede considerar solicitar una cobertura de Seguro Suplementario de Medicare y una cobertura para medicamentos con receta.

Si está pensando en rechazar la Parte B, debería llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 y preguntar si puede hacerlo sin incurrir en multas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Si tiene Medicare y otra cobertura, ¿qué cobertura paga primero?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica [grupal] a través de su empleador), las reglas de coordinación de beneficios deciden si Medicare o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal”. El que paga en segundo lugar se denomina “pagador secundario”.

Asegúrese de hablar con el administrador de la cobertura para saber cómo funcionará el seguro para jubilados o la cobertura médica como prestación laboral (grupal), a través del empleo, con Medicare.

Medicare paga primero:

- si usted tiene un seguro para jubilados de su empleo anterior;
- si usted es mayor de 65 años, tiene cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de su empleo actual o del de su cónyuge y el empleador tiene menos de 20 empleados;
- si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad, tiene cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de su empleo actual o del de un miembro de la familia y el empleador tiene menos de 100 empleados.

La cobertura médica como prestación laboral (grupal) paga primero:

- si usted es mayor de 65 años, tiene cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de un empleo actual o del de su cónyuge y el empleador tiene 20 o más empleados;
- si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad, tiene cobertura médica como prestación laboral (grupal) a través de un empleo actual o del de un miembro de la familia y el empleador tiene 100 o más empleados.

Si es asegurado de Medicare por padecimiento de enfermedad renal en etapa terminal, su cobertura médica como prestación laboral (grupal), a través del empleo, pagará primero durante los primeros 30 meses, luego de ser elegible para solicitar la cobertura de Medicare. Luego del período de 30 meses, Medicare pagará primero.

Conclusión

Medicare tiene reglas que determinan qué cobertura paga primero.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece las coberturas HMO y PPO. HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece la cobertura PPO. HCSC y HISC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC y HISC son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de las pólizas de HCSC depende de la renovación de los contratos.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece las coberturas de Seguro Suplementario de Medicare.



**BlueCross BlueShield
of New Mexico**

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona apoyo y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, tales como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes capacitados en lengua de señas.
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con un Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera en función de la raza, el color, el origen nacional, la edad, una discapacidad o el sexo, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina para los Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**)。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-774-8592** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-774-8592** (ATS : **711**).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-774-8592** (телетайп: **711**).

ध्यान दें: यदि आप हर्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**) पर कॉल करें।

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**) تماس بگیرید.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-877-774-8592** (TTY/TDD: **711**).

Apuntes

[illegible]

Apuntes

[illegible]



BlueCross BlueShield of New Mexico

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company,
an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association