



Guía de inscripción 2025

SECURE BLUESM COURAGE (PPO)

H1302-004-0



Haga una transición sin problemas al plan de Medicare adecuado para usted.

Sabemos que usted desea un plan de salud de Medicare que satisfaga sus necesidades individuales y le ofrezca valor todos los días, desde copagos bajos hasta valiosos adicionales que ayudan a cubrir su salud total. Todos los detalles clave sobre este plan, así como su formulario de inscripción, están aquí. Ya sea que se inscriba en Medicare por primera vez o cambie su plan actual, puede estar seguro de que encontrará la atención y la protección que merece con Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.

Somos un plan con el que puede contar, no solo cuando esté enfermo, sino también para ayudarlo a mantenerse saludable, para que pueda permanecer activo e independiente. Llevamos más de 80 años cuidando de la gente de Idaho. Nuestra base está aquí. Las decisiones se toman aquí. Su hogar es nuestro hogar. Cuando llame al Servicio de Atención al Cliente, hablará con un residente de Idaho que podrá comprender sus necesidades y le brindará una respuesta rápida. Todo lo que hacemos en Idaho es una inversión continua en usted. Esperamos contar con usted como afiliado.



Índice

Resumen de beneficios	5
Beneficios adicionales	13
Formulario de inscripción	19
Lista de verificación previa a la afiliación.....	27
¿Qué sucede después?	28
Calificaciones con estrellas.....	29
Información de contacto	31
No discriminación y asistencia lingüística.....	35

Condados con cobertura

- Ada
- Adams
- Bannock
- Bingham
- Blaine
- Boise
- Bonner
- Bonneville
- Boundary
- Canyon
- Cassia
- Clark
- Elmore
- Fremont
- Gem
- Gooding
- Jefferson
- Jerome
- Kootenai
- Latah
- Lincoln
- Madison
- Minidoka
- Nez Perce
- Owyhee
- Payette
- Power
- Shoshone
- Twin Falls
- Valley
- Washington



Términos del plan de salud que debe comprender

Prima: el costo fijo que paga por mes por estar afiliado al plan de salud.

Deducible médico: el monto que usted paga antes de que el plan de salud lo ayude con los gastos médicos. Buenas noticias para usted: ninguno de nuestros planes tiene un deducible médico.

Copago: un tipo de costo compartido en el que paga una cantidad fija en dólares por algunos servicios cubiertos.

Coseguro: un tipo de costo compartido en el que paga un porcentaje del costo de algunos servicios cubiertos.

Monto máximo para gastos de bolsillo: un límite anual sobre la cantidad de dinero que tiene que gastar de su propio bolsillo para la atención médica cubierta. Una vez que alcance ese límite, no pagará nada por la atención cubierta durante el resto del año del plan.

Vademécum farmacológico: la lista de medicamentos cubiertos en un plan específico.

Resumen de Beneficios 2025

Secure BlueSM Courage (PPO)

H1302-004-000

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan Medicare Advantage PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios provista no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-888-492-2583 (TTY: 711) y solicite la "Evidencia de Cobertura" o acceda a la misma en línea en ***bcidaho.com/PPOMemberResources***.

Para registrarse en Secure BlueSM Courage (PPO), debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Idaho: Ada, Adams, Bannock, Bingham, Blaine, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Clark, Elmore, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Kootenai, Latah, Lincoln, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power, Shoshone, Twin Falls, Valley, y Washington.

Puede utilizar proveedores fuera de la red en situaciones de emergencia por el mismo copago que los proveedores

dentro de la red. Para todos los demás tipos de atención, los servicios de proveedores fuera de la red pueden generar copagos o coseguros más altos sobre el costo total de los servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "Medicare y Usted" actual. Véalo en línea en ***medicare.gov*** u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos tales como braille, tamaño de letra grande o audio.

Hay servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.

Para recibir más información, llame al Departamento de Atención al Cliente al: 1-888-494-2583 (TTY: 711)

De 8 a. m. a 8 p. m.

De octubre a marzo: los siete días de la semana

De abril a septiembre: de lunes a viernes

O visítenos en ***medicare.bcidaho.com***.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Prima mensual del plan Debe de continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0: no paga nada	
Reducción de la prima de la Parte B	\$50	
Deducible médico Este plan no tiene un deducible médico.	\$0: no paga nada	\$0: no paga nada
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo El monto máximo que paga por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B. No incluye prima mensual.	\$5,200 dentro de la red	\$7,000 combinado dentro y fuera de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes internados*	\$350 a diario: 1 - 5 días; \$0 a diario: 6 - 90 días	\$350 a diario: 1 a 10 días; \$0 a diario: Más de 11 días
Hospital para pacientes ambulatorios*	\$325 de copago; \$0 colonoscopia de diagnóstico	20% del costo
Cobertura de observación*	\$325 de copago	20% del costo
Centro de cirugía ambulatoria*	\$225 de copago; \$0 colonoscopia de diagnóstico	20% del costo
Visitas al médico Atención primaria	\$0: no paga nada	\$45 de copago
Especialistas No se necesita derivación.	\$40 de copago	\$45 de copago
Atención preventiva	\$0: no paga nada	\$0: no paga nada
Atención de emergencia** Se elimina el copago si es ingresado al hospital en un plazo de 24 horas.	\$100 de copago	\$100 de copago
Atención de urgencia**	\$40 de copago	\$40 de copago
Cobertura internacional de emergencia y urgencia	\$0 de copago; \$0 ambulancia	\$0 de copago; \$0 ambulancia
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$30 de copago; 10% del costo de los estudios del sueño	25% del costo
Servicios de laboratorio*	\$0: no paga nada	25% del costo

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

** La atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red están cubiertos. Su costo es el mismo que dentro de la red.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Radiología de diagnóstico (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones)*	\$200 de copago en un hospital; \$100 de copago en un centro no hospitalario; \$0 de copago en mamografía de diagnóstico	25% del costo
Radiografías*	\$15 de copago	25% del costo
Servicios de audición cubiertos por Medicare	\$40 de copago	\$45 de copago
Examen auditivo de TruHearing®	\$0 de copago: Un examen por año	\$45 de copago
Audífonos de TruHearing®	Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos TruHearing Standard, Advanced y Premium con un costo adicional opcional de \$50 por audífono recargable en modelos seleccionados. El primer año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación/evaluación de los audífonos y ajustes están cubiertos. Standard \$499 de copago; Advanced \$699 de copago; Premium \$999 de copago	Beneficio dentro de la red únicamente
Servicios dentales cubiertos por Medicare	10% de costo	25% del costo

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios dentales preventivos	\$0: no paga nada por consulta <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes preventivos de rutina por año • Dos limpiezas por año • Un examen de emergencia por año • Una aplicación de aleta de mordida y flúor por año • Una radiografía de boca completa cada tres años 	50% del costo después de \$100 de deducible preventivo e integral combinado
	\$500 de límite combinado para servicios dentro y fuera de la red	
Servicios dentales integrales*	\$0 de copago; <ul style="list-style-type: none"> • Empastes una vez por diente cada dos años y extracciones simples • Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada dos años • Desbridamiento de la boca completa una vez cada tres años • Mantenimiento periodontal hasta cuatro visitas por año • Puentes/reparaciones de puentes: una vez por diente cada siete años • Tratamientos de conducto: uno por diente de por vida • Dentaduras postizas: un par cada siete años 	50% del costo después de \$100 de deducible preventivo e integral combinado
	\$300 de copago; <ul style="list-style-type: none"> • Coronas: una vez por diente cada siete años, un diente por año • Implantes: una vez por diente cada siete años 	

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	\$1,500 de límite combinado para servicios dentro y fuera de la red	
Examen de la vista cubierto por Medicare* Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares médicas	\$0: no paga nada	\$0: no paga nada
Examen de la vista de VSP®*	\$20 de copago; el beneficio es una vez al año	\$20 de copago; \$45 de límite de cobertura
Anteojos VSP®*	\$35 de copago por un par de anteojos (monturas de la colección VSP Genesis) \$50 de asignación para monturas que no son de Genesis \$35 de copago por lentes de contacto médicamente necesarios \$100 de asignación para lentes de contacto en lugar de anteojos El beneficio es cada dos años.	Asignación para artículos para la vista después de \$35 de copago: \$50 montura \$30 en lentes monofocales \$100 para lentes de contacto en lugar de anteojos \$210 en lentes de contacto médicamente necesarios
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*	\$350 a diario: 1 - 5 días; \$0 a diario: 6 - 90 días	\$350 a diario: 1 a 10 días; \$0 a diario: Más de 11 días
Atención médica de salud mental ambulatoria Terapia individual y grupal	\$0: no paga nada	25% del costo
Centro especializado de enfermería (SNF)*	\$0 a diario: 1 - 20 días; \$203 a diario: 21 - 55 días; \$0 a diario: 56 - 100 días	\$100 a diario: 1 a 12 días; \$203 a diario: 13 a 100 días
Terapia ocupacional	\$40 de copago	\$45 de copago
Terapia física, ocupacional y del habla	\$40 de copago	\$45 de copago
Ambulancia* Transporte terrestre o aéreo Su proveedor debe obtener autorización previa para transporte que no sea de emergencia.	\$275 de copago	\$275 de copago
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare* ** (Es decir, quimioterapia, infusiones administradas en el hospital).	0%-20% del costo. El coseguro mínimo se establece en 0% para reflejar el coseguro más bajo posible para un medicamento reembolsable de la Parte B. \$35 máximo para insulina.	Del 0% al 30% del costo. El coseguro mínimo se establece en 0% para reflejar el coseguro más bajo posible para un medicamento reembolsable de la Parte B. \$35 máximo para insulina.

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

**Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia progresiva. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

Beneficios adicionales

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen físico anual	\$0: no paga nada.	25% del costo
Servicios de telesalud adicionales	Sigue su copago dentro de la red para los proveedores participantes. \$10 de copago por fisioterapia virtual; 10 visitas como máx.	\$45 de copago por visita al proveedor de atención primaria (PCP) y al especialista; 25% del costo por visitas de salud mental y abuso de sustancias.
Equipo médico duradero*	20% del costo	30% del costo
Dispositivos médicos protésicos*	20% del costo	30% del costo
Zapatos y plantillas para diabéticos*	20% del costo	30% del costo
Suministros para diabéticos	\$0: no paga nada.	30% del costo
Membresía Silver&Fit®	\$0: no paga nada por membresías en gimnasios en las ubicaciones participantes, videos de entrenamiento a la carta y un kit de ejercicio en casa	Beneficio dentro de la red únicamente
Artículos de venta libre Productos de venta libre (OTC)	Asignación de \$60 cada tres meses	Beneficio dentro de la red únicamente

*Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa.

Para obtener más información, llame al **1-888-492-2583 (TTY: 711)**.
de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan PPO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios proporcionados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios suplementarios. VSP Vision Care administra el programa de la vista, TruHearing administra el programa de cobertura de audífonos, American Specialty Health administra el programa de acondicionamiento físico y Convey administra el programa de beneficios de venta libre para los miembros del Plan Medicare Advantage.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. Secure Blue Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de organización previa al servicio antes de recibir el servicio. Llame a nuestro número del Departamento de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Beneficios adicionales en 2025

Secure BlueSM Courage (PPO)



Membresía en el gimnasio y kit de entrenamiento en el hogar

Silver&Fit®: 1-888-818-2747 | SilverandFit.com

Enfóquese en el bienestar y el envejecimiento saludable con Silver&Fit. Su plan incluye membresías en el gimnasio, un kit de entrenamiento en el hogar y recursos de acondicionamiento físico en línea, todo sin costo para usted.

- **Una membresía en un gimnasio:** membresías en gimnasios o YMCA participantes cerca de usted. Muchos gimnasios participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto.
- **Kit de entrenamiento en el hogar:** usted es elegible para recibir un kit de entrenamiento en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico.
- **Club de bienestar:** regístrese en línea y establezca preferencias para temas de bienestar, vea recursos adaptados a sus intereses y objetivos de envejecimiento saludable, incluidos artículos y videos, y conéctese con una comunidad a través de eventos virtuales y presenciales.
- **Entrenamientos digitales:** puede ver videos a pedido a través de la biblioteca digital de entrenamiento del sitio web, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series Classes®.
- **Planes de entrenamiento:** al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de ejercicios sugeridos.



Productos de venta libre (OTC)

Centro logístico de venta libre: 1-833-703-5170 (TTY: 711)
bcidaho.com/OTC

Aplicación móvil OTC-Anywhere (Apple o Android)

Reciba una asignación de \$60 cada tres meses para los artículos de venta libre que usa todos los días, sin costo adicional para usted.

Obtenga suministros como:

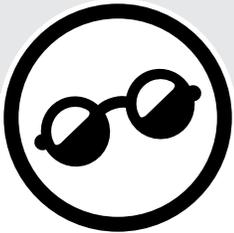
- Pastillas para la alergia
- Vendajes y artículos de primeros auxilios
- Provisiones para incontinencia
- Pasta de dientes y crema para dentaduras postizas
- Analgésicos
- Calcetines para pie diabético
- Desinfectante de manos
- Vitaminas
- Gotas para los ojos
- Monitores de presión arterial y más



Asesoramiento médico las 24 horas del día, los siete días de la semana

Línea de asesoramiento de enfermería de
Blue Cross of Idaho: 1-800-704-0727

Contamos con enfermeros registrados de guardia día y noche para responder preguntas sobre sus recetas o afecciones de salud, sin costo alguno para usted. Además de los consejos instantáneos, también pueden recomendar proveedores de atención médica para ayudarlo a resolver sus problemas de salud a largo plazo.



Anteojos y cuidado de la vista

VSP: 1-844-566-3503 (TTY: 711)
vsp.com

Su plan incluye cobertura oftalmológica integral a través de VSP® Advantage. Cuando visite a un proveedor de VSP Advantage, solo pagará un pequeño copago por su examen anual, cristales nuevos y un armazón de la colección Genesis.

- \$20 de copago por un examen oftalmológico de rutina por año.
- Copago tan bajo como \$35 para armazón y cristales una vez cada dos años. Incluye revestimiento para rayos UV y resistencia a rayones sin costo adicional.
- Si en su lugar prefiere lentes de contacto, VSP ofrece un 15% de descuento en su examen, más \$100 para aplicar al resto del costo del examen y los lentes.



Cobertura para la audición

**TruHearing®: 1-888-989-9220,
de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes
[TruHearing.com/bcidmedicare](https://www.truhearing.com/bcidmedicare)**

Su beneficio cubre un examen de audición de rutina de \$0 y hasta dos audífonos con Bluetooth® por año, de \$499 a \$999 por audífono. Estos audífonos cuentan con una claridad de voz mejorada y una transmisión conveniente desde su teléfono.

Por \$50 adicionales por audífono, puede pasar a tener audífonos recargables en estilos seleccionados. Algunos estilos vienen con un cargador portátil que proporciona hasta 36 horas de uso por carga.

Todas las compras de audífonos incluyen lo siguiente:

- Ajuste y evaluación
- Período de prueba de 60 días, sin riesgos
- Un año de consultas de seguimiento
- 80 baterías gratuitas por audífono no recargable
- Garantía completa del fabricante por tres años



Cobertura odontológica

**Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho:
1-888-494-2583**

Original Medicare no cubre servicios odontológicos como exámenes de rutina, limpiezas y otros servicios odontológicos comunes. Su plan cierra esta brecha con servicios odontológicos preventivos e integrales sin prima adicional.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho si tiene alguna pregunta sobre su cobertura odontológica. Para obtener detalles más completos, consulte la Evidencia de Cobertura.

Beneficios odontológicos preventivos Límite de cobertura de \$500

\$0 de copago

- Exámenes preventivos
- Limpiezas
- Examen de emergencia
- Radiografías
- Aplicación de flúor

Beneficios odontológicos integrales \$1,500 de límite de cobertura

\$0 de copago

- Empastes, extracciones simples
- Raspado y alisado radicular
- Desbridamiento de boca completa
- Mantenimiento periodontal
- Tratamientos de conducto
- Puentes y reparación de puentes
- Dentaduras postizas

\$300 de copago

- Coronas
- Implantes

Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho al **1-888-494-2583 (TTY: 711)**.

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

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

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan de salud de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health, Inc. y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios complementarios. VSP Vision Care, una empresa independiente, administra el programa oftalmológico; TruHearing, una empresa independiente, administra el programa de cobertura de audífonos; American Specialty Health, Inc., una empresa independiente, administra el programa de acondicionamiento físico; y Convey, una empresa independiente, administra el programa de beneficios de venta libre para afiliados al plan Medicare Advantage.

El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit y Silver&Fit Signature Series Classes son marcas comerciales de ASH y se utilizan con permiso aquí. La participación de gimnasios puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits están sujetos a cambios.

¿Está preparado para inscribirse?

Secure BlueSM Courage (PPO)

Formulario de inscripción 2025

Secure BlueSM Courage (PPO)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener condición legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- 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 iniciar la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los tres primeros meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse al plan o cambiarlo

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de identificación de Medicare (el número de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea afiliarse a un plan durante el período de afiliación anual de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.
P.O. Box 8406
Boise, ID 83707-2406

O inscribese en línea en **medicare.bcidaho.com**.

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. al 1-888-492-2583. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Atendemos de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

En español: llame a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. al 1-888-494-2583 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y pulse el 2 para obtener asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirlo.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Sección 1: todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

CONFIRME EL PLAN AL QUE QUIERE AFILIARSE MARCANDO LA SIGUIENTE CASILLA:

Secure Blue Courage (PPO) **\$0** (\$50 en reducción por compra de la Parte B)

Disponible en los condados de Ada, Adams, Bannock, Bingham, Blaine, Boise, Bonner, Bonneville, Boundary, Canyon, Cassia, Clark, Elmore, Fremont, Gem, Gooding, Jefferson, Jerome, Kootenai, Latah, Lincoln, Madison, Minidoka, Nez Perce, Owyhee, Payette, Power, Shoshone, Twin Falls, Valley y Washington.

Secure Blue Courage (PPO) ofrece una reducción para la Parte B. Reduciremos su prima mensual de la Parte B en \$50 por mes. Esta reducción la establece Medicare y la gestiona la Administración del Seguro Social (SSA). Dependiendo de cómo usted pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o a su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse; sin embargo, recibirá el crédito completo.

PROPORCIONE SU INFORMACIÓN:

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre (opcional)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Teléfono ()	Teléfono alternativo ()	
Dirección de correo electrónico*		Condado (opcional)	
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite P.O. Box):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

*OPCIONAL: al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir comunicaciones sobre los beneficios y el bienestar de su plan. Puede cancelar en cualquier momento.

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE:

Número de identificación de Medicare: _____ - _____ - _____

Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI)

De acuerdo con la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido 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 precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba 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 ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de liquidación de informes de la PRA. Cualquier artículo que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en la página anterior para enviar su formulario completo al plan.

CONFIRME SU ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN:

Por lo general, podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de afiliación anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le podrán permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si esta corresponde a su caso.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para el período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se podrá cancelar su inscripción. Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, puede hablar con un experto en inscripción al 1-888-492-2583 (TTY 711), de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, para consultar si es elegible para inscribirse.

- Me inscribiré durante el período de afiliación anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de afiliación abierta de Medicare Advantage (MA OEP) del 1 de enero al 31 de marzo.
- Estoy en un plan Medicare Advantage y he tenido Medicare durante al menos 3 meses. Quiero hacer un cambio.
- Me mudé hace poco fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé o me mudaré el (insertar fecha) _____.
- Hace poco salí de la cárcel. Fui o seré liberado el (insertar fecha) _____.
- Regresé hace poco a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de este país. Me mudé o me regresaré a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.
- Hace poco obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Tuve o tendré esta condición el (insertar fecha) _____.
- Hace poco realicé un cambio en mi Medicaid (contraté Medicaid, realicé un cambio en la categoría de asistencia de Medicaid o perdí mi Medicaid). Este cambio ocurrió el (insertar fecha) _____.
- Hace poco realicé un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener Ayuda adicional, realicé un cambio en la categoría de Ayuda adicional o di de baja la Ayuda adicional). Este cambio ocurrió el (insertar fecha) _____.
- Estoy en un Programa estatal de asistencia farmacéutica, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- Recientemente salí de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un hospital de rehabilitación). Me mudé el (insertar fecha) _____.
- Me mudé o ya vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un hospital de rehabilitación).
- Soy nuevo en Medicare y se me notificó que obtendría Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A y/o la Parte B. Me notificaron que tendría Medicare el (insertar fecha) _____.

Continúa en la página siguiente

Continúa de la página anterior

- Tuve Medicare antes, pero ahora estoy por cumplir 65 años.
- Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de COBRA). La dejé o dejaré el (insertar fecha) _____.
- Perdí otra cobertura de medicamentos recetados que no es de Medicare que es tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (cobertura válida), o mi otra cobertura de medicamentos recetados que no es de Medicare cambió y ya no se considera válida. Esto sucedió el (insertar fecha) _____.
- Ya tengo cobertura hospitalaria (Parte A) y recientemente me inscribí en la cobertura médica (Parte B). Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.
- Perdí mi Special Needs Plan porque ya no tengo una afección requerida para ese plan. Este cambio ocurrió el (insertar fecha) _____.
- Perdí mi cobertura porque Medicare finalizó su contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare diciendo que puedo inscribirme en otro plan. Mi plan finalizó o finalizará el (insertar fecha) _____.
- Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre el área donde vivo o terminó su contrato con Medicare.
- Recientemente dejé un programa PACE (programa de atención integral para la tercera edad). Dejé mi cobertura el (insertar fecha) _____.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- Cuento con un plan que ha tenido una calificación de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 estrellas o más.
- Estoy en un plan del que se hizo cargo recientemente el estado debido a problemas financieros. Quiero cambiarme a otro plan.
- Me afectó una emergencia o una catástrofe importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o por el gobierno federal, mi estado o mi gobierno local). Una de las otras declaraciones en esta página se aplican a mi caso, pero no pude completar mi solicitud debido a la catástrofe.
- Solicité materiales del plan en un formato accesible y no me dieron el mismo tiempo para tomar una decisión de afiliación.
- Otro _____.

✂ Doble y corte por la línea punteada para separar las páginas para enviarlas por correo ✂

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

**ES SU ELECCIÓN RESPONDER ESTAS PREGUNTAS.
No se le puede negar la cobertura si no las completa.**

¿Es hispano, latino o de origen español? Marque todo lo que corresponda.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano | <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su raza? Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| Asiático: | Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico: | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | |

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que nosotros le enviemos la información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible.

- Español Otros formatos accesibles (como audio, Braille o letra grande): _____

Póngase en contacto con un defensor del cliente al 1-888-494-2583 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no está en la lista anterior.

Estamos disponibles para atenderlo de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Fecha de entrada en vigencia del servicio solicitado: _____

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la afiliación en este plan finalizará automáticamente mi afiliación a otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando inicie mi cobertura de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. Beneficios y servicios proporcionados por Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. e incluidos en mi Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. El documento Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) estará cubierto. Ni Medicare ni Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que la he leído y que entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
 2. La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Vínculo con el beneficiario: El mismo Representante autorizado Otro _____

Si usted es el representante autorizado (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros), firme arriba y complete estos campos. Si corresponde, adjunte un formulario del poder.

Nombre: _____ Vínculo con el inscrito: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de productor nacional: _____
(solo agentes/corredores)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA O AGENTE:

Nombre del agente/corredor (si lo ayudaron a inscribirse): _____

Identificación del agente: _____

Fecha en que el agente tomó el formulario de inscripción: _____

La inscripción se realizó de forma Telefónica/por teleconferencia En persona

Número de identificación del plan: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Correo electrónico del agente: _____

✂ Doble y corte por la línea punteada para separar las páginas para enviarlas por correo ✂

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recolectan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales, secciones 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en la notificación del sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.

✂ Doble y corte por la línea punteada para separar las páginas para enviarlas por correo ✂

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

Lista de verificación previa a la afiliación para 2025

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con un representante de Servicio de Atención al Cliente sin cargo al **1-888-492-2583 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

Entender los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite bcidaho.com/PPOMemberResources para verla o llame al **1-888-492-2583 (TTY: 711)** para solicitar una copia de la EOC.
- Consulte el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba seleccionar un nuevo médico.

Entender las normas importantes

- Tiene una prima mensual de \$0 con una reducción de la prima de la Parte B de \$50; sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se debita de su cheque del Seguro Social todos los meses. Dependiendo de cómo usted pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción de \$50 en la prima de la parte B puede acreditarse a su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos, o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Nuestro plan le permite consultar con proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien nosotros pagamos los servicios cubiertos por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Los proveedores no contratados pueden negarle la atención, excepto en una situación de emergencia o urgencia. Además, tendrá un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.
- Efecto sobre 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 Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.

¿Qué sucede después?

1

Carta de confirmación

Busque una carta de confirmación que le notifique que su inscripción está completa. Si tiene preguntas o inquietudes, puede llamarnos al 1-888-494-2583 (TTY: 711).

Sus tarjetas de identificación

Recibirá su tarjeta de identificación de afiliado a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. Llévela con usted y deje su tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare en casa para protegerla. Solo necesitará una tarjeta de identificación de afiliado para todos sus servicios médicos y para surtir sus recetas.

2

Conéctese en línea o acceda al móvil

Ingrese en **members.bcidaho.com** para crear una cuenta en línea. Desde aquí, usted puede:

- Ver detalles de sus beneficios
- Ver sus reclamaciones
- Ver su progreso hacia su deducible anual
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación de afiliado
- Encontrar un proveedor de la red
- Obtener más información sobre los programas de salud y bienestar

Descargue la aplicación para afiliados de Blue Cross of Idaho desde Apple App Store o Google Play y use su nombre de usuario y contraseña de afiliado de **bcidaho.com** para iniciar sesión.

- Encontrar un proveedor dentro de la red o un centro de atención de urgencia más cercano a donde usted se encuentra
- Ver su progreso hacia su deducible anual
- Ver detalles de los beneficios
- Ver tarjetas de identificación de afiliado
- Enviar las tarjetas de identificación de afiliado directamente a sus proveedores de atención médica por correo electrónico o fax

3

Programe sus consultas

- Si es nuevo en Medicare, dentro de los primeros 12 meses, puede programar una consulta de atención preventiva de "Bienvenida a Medicare". Si es un beneficiario actual de Medicare, simplemente programe sus exámenes médicos anuales a principios del año y aproveche los beneficios de su plan.
- También le recomendamos programar una consulta de evaluación de salud opcional de 45 a 60 minutos en su hogar con un enfermero especializado, sin costo para usted. Se trata de una prueba de detección de salud básica y no reemplaza ningún chequeo con su médico. Busque una carta en el correo con detalles adicionales.

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Blue Cross of Idaho - H1302

En el 2025, Blue Cross of Idaho - H1302 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: No hay datos suficientes*
Calificación de los Servicios de Salud: ★★☆☆☆
Calificación de los Servicios de Medicamentos: No hay datos suficientes



**En algunos planes no hay datos suficientes para calificar su desempeño.*

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 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.

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

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

¿Preguntas sobre este plan?

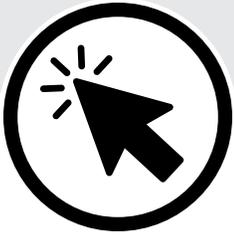
Comuníquese con Blue Cross of Idaho 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña a 888-492-2583 (número gratuito) o al 711 (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 de septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña. Miembros actuales favor de llamar 888-494-2583 (número gratuito) o al 711 (TTY).

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan de salud PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato. ©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc

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

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Información de contacto

¿Tiene alguna pregunta? Línea gratuita para afiliados:

1-888-494-2583 (TTY: 711)

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

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

Página web:

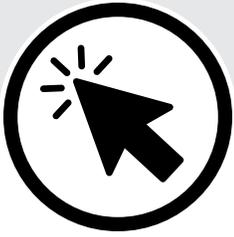
medicare.bcidaho.com

Encuentre un proveedor dentro de la red:

- 1-888-494-2583 (TTY: 711)
- **Proveedor:**
bcidaho.com/FindSecureBlueDoctors
- **Dentista:**
bcidaho.com/FindADentist

Oficina local de Blue Cross of Idaho

3000 East Pine Ave.
Meridian, ID 83642-5995



Información de contacto: beneficios adicionales

Gimnasio o entrenamiento físico en el hogar

- Silver&Fit®: 1-888-818-2747
SilverandFit.com

Artículos de venta libre: cómo hacer un pedido

- En línea: bcidaho.com/OTC
- Aplicación móvil: OTC-Anywhere
- Teléfono: 1-833-703-5170 (TTY: 711)
- Formulario de envío por correo (en catálogo)

Odontología

- Servicio de Atención al Cliente de Blue Cross of Idaho:
1-888-494-2583 (TTY: 711)

Asesoramiento médico las 24 horas del día, los siete días de la semana

- Línea de asesoramiento de enfermería de Blue Cross of Idaho: 1-800-704-0727

Anteojos y atención oftalmológica

- VSP®: 1-844-566-3503 (TTY: 711)
vsp.com

Cobertura para la audición

- TruHearing®: 1-888-989-9220
- TruHearing.com/bcidmedicare

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios complementarios. VSP Vision Care administra el programa oftalmológico; TruHearing administra el programa de cobertura de audífonos; American Specialty Health administra el programa de acondicionamiento físico, y Convey administra el programa de beneficios de venta libre para afiliados al plan Medicare Advantage.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Blue Cross of Idaho y Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. (denominados colectivamente Blue Cross of Idaho) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen ni tratan de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (consistente con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

Blue Cross of Idaho:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Cross of

Idaho al 1-800-627-1188 (TTY: 711). Si considera que Blue Cross of Idaho no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna manera debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles) 3000 E. Pine Ave., Meridian, ID 83642
Teléfono: 1-800-274-4018
Fax: 208-331-7493
Correo electrónico: grievancesandappeals@bcidaho.com
TTY: 711

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestro coordinador de derechos civiles podrá ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si usted habla árabe, bantú, chino, farsi, francés, alemán, japonés, coreano, nepalés, rumano, ruso, serbocroata, español, tagalo o vietnamita, dispone de asistencia gratuita en su propio idioma. Llame al 1-800-627-1188 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711).

Árabe: انتبه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً اتصل على 1-800-627-1188 (للصم والبكم: 711).

Bantú: ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefonta 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Chino: 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 1-800-627-1188 (TTY:711)。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان پشتیبانی زبان، در دسترس شما است. شماره تماس 1-800-627-1188 (TTY:711).

Francés: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-627-1188 (ATS : 711).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Japonés: 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。1-800-627-1188 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-627-1188 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Nepali: ध्यान दनिहोस: तपार्इले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपार्इको नमिता भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-627-1188 (टटिवाइ: 711) ।

Rumano: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-627-1188 (телетайп: 711).

Serbocroata: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-627-1188 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Para obtener más información, comuníquese con su agente independiente local o llame al número gratuito a continuación.

1-888-492-2583 (TTY: 711)

De 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes

Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. es un plan de salud PPO con un contrato de Medicare. La afiliación a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. depende de la renovación del contrato.

En nombre de Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc., TruHearing, VSP Vision Care, American Specialty Health y Convey, empresas independientes, administran programas de beneficios complementarios. VSP Vision Care administra el programa oftalmológico; TruHearing administra el programa de cobertura de audífonos; American Specialty Health administra el programa de salud y acondicionamiento físico, y Convey administra el programa de beneficios de venta libre para afiliados al plan Medicare Advantage.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de atender a los afiliados a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. True Blue Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

©2024 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus") es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios prestados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

Para presentar una queja de marketing, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (las 24 horas del día, los 7 días de la semana) o a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. al 1-888-494-2583 (TTY:711). Es importante que proporcione el nombre de un agente o distribuidor con su queja.



3000 East Pine Avenue
Meridian, Idaho 83642-5995

P.O. Box 8406
Boise, Idaho 83707

Visite [medicare.bcidaho.com](https://www.medicare.bcidaho.com)