

Formulario de inscripción individual al plan de medicamentos con receta médica de Medicare Blue MedicareRxSM para el 2020

Opciones para inscribirse fácilmente:



Inscríbese en línea en **YourAZMedicareSolutions.com**



Llame a nuestros especialistas de
Blue MedicareRx Medicare Solutions al: **1-888-264-1568**
(TTY: **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., hora local

- Del 1.º de octubre al 31 de marzo: todos los días de la semana
- Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes



Comuníquese con su representante de ventas autorizado



Complete el formulario de inscripción y envíelo por correo a:
Blue MedicareRx (PDP) Arizona
P.O. Box 4229
Scranton, PA 18505

¿Tiene preguntas? Revise el Resumen de beneficios incluido en su Kit de inscripción a Blue MedicareRx 2020 o llame a nuestros especialistas de Medicare Solutions al número de teléfono mencionado anteriormente o a su representante de ventas autorizado.

Formulario de inscripción individual al plan de medicamentos con receta médica de Blue MedicareRx de Medicare

Comuníquese con Blue MedicareRx si necesita información en otro idioma o formato (Braille).
Para inscribirse en Blue MedicareRx, brinde la siguiente información.

A. Información personal (escriba claramente en letra de imprenta)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Sr. Sra. Srta.

Masculino
 Femenino

Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

Número de teléfono particular:

() -

Número de teléfono alternativo (opcional):

() -

Dirección de correo electrónico:

Dirección de residencia permanente (**No se permite apartado postal**):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (solo si es distinta a la dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

B. Inscribirme en

Blue MedicareRx: Essential \$27,90 Value \$30,80 Enhanced \$98,80

C. Proporcione su información de seguro de Medicare

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.

—O—

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigor (DDMMAAAA):

HOSPITALARIO (Parte A)

--	--	--	--	--	--	--	--

MÉDICO (Parte B)

--	--	--	--	--	--	--	--

Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para inscribirse en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare.

Nombre del afiliado: _____

D. Pago de la prima de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que deba) por correo o por "Transferencia electrónica de fondos (EFT)" todos los meses. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) todos los meses.

Si se le calcula el valor de un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D, recibirá la notificación correspondiente de la Administración de Seguridad Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. Tampoco se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB ni Medicare le cobrará directamente. NO le pague a Blue MedicareRx el monto adicional de la parte D-IRMAA.

Las personas que poseen ingresos reducidos pueden tener derecho a recibir la Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, lo que incluye las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califican no tendrán un vacío en la cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar ayuda adicional en línea en **ssa.gov/prescriptionhelp**. Si califica para recibir Ayuda adicional con sus costos de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, nosotros le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Si no elige ninguna opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Por favor, seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura impresa. **No envíe el pago de la prima con esta solicitud.**
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Institución financiera: _____

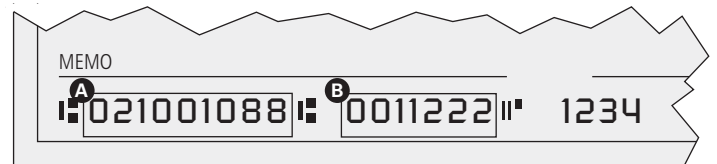
Número de ruta bancaria:

Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: Corriente Caja de ahorros

A El número de ruta bancaria tiene nueve caracteres y aparece entre los símbolos **⑆**, por lo general en la esquina inferior izquierda de su cheque.

B Su número de cuenta tiene de 5 a 17 caracteres y aparece al lado del símbolo **⑆** en la parte inferior de su cheque, por lo general a la derecha del número de ruta bancaria.



- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Recibo mis beneficios mensuales de:
 - Seguro Social RRB

La deducción del Seguro Social/RRB/EFT puede comenzar a aplicarse después de dos meses o más. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos las facturas impresas de sus primas mensuales. Si no paga su prima durante los meses previos a la aplicación efectiva de la deducción, podría cancelarse su inscripción en el plan.

Nombre del afiliado: _____

E. Determinación del período de inscripción

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera del período de inscripción anual. Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla correspondiente a la declaración que se aplique a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted certifica que, según su conocimiento, usted es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, podríamos cancelar su inscripción. **Nota: Se permite una opción de fechas de vigencia únicamente en determinadas situaciones de inscripción identificadas a continuación.** En todos los demás casos, o si usted no especifica una fecha de vigencia, su fecha de entrada en vigor será el primer día del mes posterior a la fecha de recepción de su formulario en el plan.

SI LA DECLARACIÓN QUE USTED SELECCIONA REQUIERE UNA FECHA, USE EL SIGUIENTE

FORMATO:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

- Me inscribiré durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre, y la fecha de entrada en vigor es el 1 de enero de 2020. (Nota: La solicitud de inscripción debe recibirse a más tardar el 7 de diciembre para que la inscripción entre en vigencia el 1 de enero).
- Soy nuevo en Medicare. La fecha de entrada en vigor de mi cobertura de la Parte A de Medicare es el

--	--	--	--	--	--	--	--

 y la fecha de entrada en vigor de mi cobertura de la Parte B de Medicare es

--	--	--	--	--	--	--	--

.

ME ESTOY MUDANDO O ME HE MUDADO

- Acabo de mudarme fuera del área de servicio de mi plan actual, o acabo de mudarme y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé en la siguiente fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

. La fecha solicitada para la entrada en vigor es el

--	--	--	--	--	--	--	--

 (no puede ser anterior a su fecha de mudanza).
- Vivo en un centro de atención a largo plazo o acabo de mudarme de uno (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro en la siguiente fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos en la siguiente fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

.

PERDÍ O ESTOY POR PERDER MI COBERTURA.

- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura de medicamentos con receta médica acreditable (una cobertura equivalente a la de Medicare) o fui notificado sobre esa pérdida (lo que sea posterior). Perdí mi cobertura de medicamentos en la siguiente fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

. La fecha solicitada para la entrada en vigor es el

--	--	--	--	--	--	--	--

.
- A partir de la siguiente fecha queda cancelada mi inscripción en un plan de necesidades especiales, porque ya no reúno los requisitos para ese plan:

--	--	--	--	--	--	--	--

.

Nombre del afiliado: _____

A partir de la siguiente fecha queda cancelada mi inscripción en mi actual plan debido a que no hay renovación: . (Nota: El período de inscripción en este caso es del 8 de diciembre al 28 de febrero. Las inscripciones que se reciban en diciembre, enero o febrero entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente).

Se ha cancelado mi inscripción en un plan de Medicamentos con receta médica de Medicare Advantage debido a la pérdida de la Parte B, pero sigo teniendo derecho a la Parte A a partir de la siguiente fecha: .

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato en la siguiente fecha: . La fecha solicitada para la entrada en vigor es el .

Dejaré mi plan Medicare Advantage en un plazo de 12 meses a partir de mi inscripción inicial bajo un período de inscripción especial para regresar a un plan Medigap (complemento de Medicare) a partir de la siguiente fecha: .

AYUDA ADICIONAL

Recientemente se produjo un cambio en mi Ayuda adicional para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (acabo de recibir o perder la Ayuda adicional, o acaba de producirse un cambio en el nivel de mi Ayuda adicional), en la siguiente fecha: .

Cuento con Medicare y Medicaid (o mi Estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no se ha producido ningún cambio.

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener o perder Medicaid, o acaba de producirse un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid) en la siguiente fecha: .

OTROS MOTIVOS

Recientemente obtuve la condición de presencia legal en EE. UU. Obtuve esta condición en la siguiente fecha: .

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en la siguiente fecha: .

Fui afectado por una catástrofe o emergencia relacionada con el clima (según declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Alguno de los demás enunciados que figuran aquí se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe natural.

Fui liberado de la cárcel recientemente, en la siguiente fecha: .

Otro período de inscripción especial no identificado arriba. _____

Nombre del afiliado: _____

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su situación o si no está seguro, comuníquese con los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al número que aparece al frente de este formulario para determinar si es elegible para inscribirse.

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español Otros formatos (por ej., Braille, cinta de audio o impresión con letra grande)

Comuníquese con Blue MedicareRx al número que aparece al frente de este formulario si necesita información en algún otro idioma o formato accesible que no hayan sido mencionados aquí.

F. Responda las siguientes preguntas para ayudar a Medicare a coordinar sus beneficios

1. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para VA o programas de asistencia farmacéutica del Estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos **con receta** además de Blue MedicareRx? Sí No

Si respondió "sí", mencione la otra cobertura y los números de identificación (ID) correspondientes.

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de identificación para esta cobertura: _____

Número grupal para esta cobertura: _____

2. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si respondió "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

G. Firme a continuación

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a la ley del Estado donde vivo) en esta solicitud quiere decir que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud, incluso la información de las Secciones H e I. Si lo firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Su firma: _____ Fecha de hoy: _____

Autorizo a que el agente autorizado que se identifica a continuación ingrese mi formulario de inscripción en línea a través de **YourAZMedicareSolutions.com**.

Para uso exclusivo de un representante autorizado

Si usted es el **representante autorizado**, **DEBE** firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre (en letra de imprenta): _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Deseo que me envíen todo el correo de este miembro.

Nombre del afiliado: _____

Para uso exclusivo del agente

Nombre del agente certificado (en letra de imprenta): _____

Agente del expediente N.º: _____

Agente del expediente (en letra de imprenta): _____

(Escriba el nombre de la entidad o persona que tienen contrato con BCBSAZ).

- Verifique si ha recibido este formulario de inscripción **completado** por el afiliado con su firma. Este formulario en papel debe presentarse usando uno de los siguientes dos métodos, dentro de los siguientes **dos (2) días calendario** a partir de la fecha en que lo reciba. Firme y coloque la fecha a continuación cuando reciba el formulario del beneficiario.

Firma del agente: _____

Fecha de recepción del formulario: _____ Número de teléfono: (____) _____

Marque el método de presentación seleccionado e introduzca la información según corresponda:

- Documento para solicitud en línea. Ingrese el número de confirmación en línea: _____
- Solicitud enviada por fax. Ingrese la fecha de envío por fax (guarde la hoja de confirmación de fax): _____
- Solicitud enviada por correo nocturno. Asegúrese de guardar el recibo del correo de entrega al día siguiente.

H. Alto: lea esta información importante

Si usted es miembro de un plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos con receta médica a través de su plan de Medicare Advantage para cubrir sus necesidades. Al inscribirse en Blue MedicareRx, su membresía en su plan Medicare Advantage puede terminar. Esto afectará la cobertura del médico y del hospital, así como su cobertura de medicamentos con receta médica. Lea la información que le envía su plan de Medicare Advantage y si tiene alguna pregunta, comuníquese con su plan de Medicare Advantage.

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Blue MedicareRx podría afectar sus beneficios de salud a través de un empleador o sindicato. Si se inscribe en Blue MedicareRx, podría perder su cobertura de salud del empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en esas comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, puede consultarlo con su administrador de beneficios o con la oficina que se ocupa de responder preguntas sobre su cobertura.

Nombre del afiliado: _____

I. Autorización de inscripción: al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente

Después de leer atentamente todas las declaraciones de esta sección, firme la Sección I de este formulario. Guarde la copia marcada "Afiliado" para sus registros.

1. Blue MedicareRx es un plan de medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el Gobierno federal. Tengo entendido que esta cobertura de medicamentos recetados complementa mi cobertura de Medicare y deberé conservar mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a Blue MedicareRx sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda obtener en el futuro. No puedo tener más de un plan de medicamentos con receta médica de Medicare a la vez; si estoy actualmente en un plan de medicamentos recetados de Medicare, mi inscripción en Blue MedicareRx cancelará esa inscripción.
2. La inscripción en este plan suele abarcar todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, por lo general durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique para ciertas circunstancias especiales.
3. Blue MedicareRx cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de Blue MedicareRx, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar farmacias de la red, excepto en una emergencia en la que no pueda usar de forma razonable las farmacias de la red de Blue MedicareRx. Una vez que esté afiliado a Blue MedicareRx, tengo derecho a apelar las decisiones del plan en relación con el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Blue MedicareRx cuando lo reciba, para saber qué reglas debo seguir para obtener la cobertura.
4. Entiendo que si abandono este plan y no tengo ni obtengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o cobertura de medicamentos recetados acreditable (equivalente a la de Medicare), en el futuro podría tener que pagar una multa por inscripción tardía además de la prima por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
5. Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona que esté empleada o contratada por Blue Cross Blue Shield of Arizona, estas personas podrían recibir un pago en virtud de mi inscripción en Blue MedicareRx.
6. Puede haber servicios de orientación disponibles en mi estado para proporcionar asesoría en relación con el seguro complementario de Medicare u otras opciones del plan de medicamentos con receta médica o de Medicare Advantage, la asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el Programa de ahorros de Medicare.
7. **Divulgación de información:** al inscribirme en este plan de medicamentos con receta médica de Medicare, reconozco que Blue MedicareRx divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que Blue MedicareRx divulgará mi información, incluidos mis datos sobre medicamentos recetados, a Medicare, que podría divulgarla para realizar investigaciones o cumplir con los estatutos y regulaciones federales. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si deliberadamente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Nombre del afiliado: _____



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Recepción de inscripción 2020

Use esto como prueba temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su tarjeta de identificación de miembro. **Este recibo no es garantía de inscripción.**

Esta copia solo se entrega por si usted desea consultarla posteriormente. No vuelva a enviar la inscripción.

Complete este resumen del plan con su representante de ventas autorizado (si corresponde). Aquí podrá ver algunos detalles de su nuevo plan para comprenderlo mejor.

Estos son algunos detalles de su nuevo plan:

Nombre del afiliado: _____

Fecha de solicitud:	La cobertura de mi plan comienza (fecha de entrada en vigor):
El nombre de mi nuevo plan es: <input type="checkbox"/> Blue MedicareRx Essential <input type="checkbox"/> Blue MedicareRx Value <input type="checkbox"/> Blue MedicareRx Enhanced	Mi tipo de plan es: <input checked="" type="checkbox"/> PDP

Información sobre la prima:

Mi plan tiene una prima mensual de: \$_____. Comprendo que debo seguir inscrito en la Parte A y/o la Parte B de Medicare, y que debo seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que el estado u otro tercero la pague por mí.

Si adeudo una sanción por inscripción tardía (LEP), esta no estará incluida en mi prima y deberé sumarla a mi prima todos los meses.

Debo vivir en el área de servicios del plan. Si me mudo fuera del área de servicios del plan durante más de 6 meses consecutivos, deberé elegir un nuevo plan.

Puedo cancelar mi inscripción a este plan antes de que mi cobertura entre en vigor llamando al Servicio al Cliente al **1-877-853-7693** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de forma gratuita. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Una vez que mi cobertura entre en vigor, es posible que tenga que esperar hasta el Período de inscripción abierta para realizar un cambio de plan, a menos que califique para un Período de inscripción especial.

Llame a su representante de ventas autorizado si tiene alguna pregunta:

Nombre y número de identificación del representante de ventas autorizado:	Número de teléfono del representante de ventas autorizado:
---	--

Nombre del afiliado: _____

¿Actualmente tiene un plan de Medicamentos con receta médica de Medicare Advantage (MAPD)?

Sí No

Comprendo que me estoy inscribiendo en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Comprendo que no puedo combinar un plan de Medicamentos con receta médica de Medicare Advantage (MAPD) con un plan de medicamentos con receta médica (PDP) independiente.

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO y PPO de Medicare Advantage y planes PDP. La inscripción en los planes Blue Cross® Blue Shield® of Arizona depende de la renovación del contrato. La cobertura está disponible para los residentes de Arizona.

Si necesita más información



Visite **YourAZMedicareSolutions.com**



Llame a nuestros especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al: **1-888-264-1568** (TTY: **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

- Del 1.º de octubre al 31 de marzo: todos los días de la semana
- Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes



Comuníquese con su representante de ventas autorizado

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona is contracted with Medicare to offer HMO and PPO Medicare Advantage plans and PDP plans. Enrollment in Blue Cross® Blue Shield® of Arizona plans depends on contract renewal. Coverage is available to residents of Arizona.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at **1-877-853-7693** (TTY users should call **711**). Hours are 8 a.m. to 8 p.m., daily, local time.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Si desea información adicional, comuníquese a Servicio de Cliente al **1-877-853-7693** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es todos los días de 8 a.m. to 8 p.m., hora local.

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-853-7693** (TTY **711**).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-853-7693** (TTY **711**).

Navajo: Dii baa akó nínizin: Dii saad bee yánitł'igo Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', l'áá jik'eh, éi ná hółó, kojí' hódíłłnih **1-877-853-7693** (TTY: **711**).



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association