

Elija el nombre que siempre ha usado.



Sí, me gustaría saber más sobre los planes de seguro de Medicare de CareFirst BlueCross BlueShield.

Primer nombre		Apellido	
Dirección			Condado
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono		Correo electrónico	
Actualmente tengo:			
Medicare original	Parte A, fecha de entrada en vigencia _____	Parte B, fecha de entrada en vigencia _____	
Medical Assistance (Medicaid)	Medicare Supplement	Otro	
No tengo Medicare ahora, pero cumplo 65 años el _____			

Al devolver esta tarjeta, usted acepta que un representante habilitado o un agente de ventas con licencia que represente a CareFirst BlueCross BlueShield pueda enviarle un correo electrónico o llamarlo al número que se encuentra arriba.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial de Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (Distrito de Columbia), Inc. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por: First Care, Inc.). Group Hospitalization and Medical Services, Inc., Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Después de completar el formulario, envíelo por correo electrónico a [broker name] a [broker email].

▼ O doble, selle y envíe de vuelta a [broker name] por medio del Servicio de Correos de los EE. UU. ▼

COLOQUE LA
ESTAMPILLA
AQUÍ


