

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Advantage (HMO) (BCBSAZ Advantage)

Formulario de solicitud de cambio de plan



Advantage

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Número de identificación de miembro:		Dirección de correo electrónico*:			Número de teléfono:		
Dirección permanente (no se permite casilla postal):							
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Condado:	
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección permanente):							
Ciudad:		Estado:			Código postal:		
<p>Actualmente soy miembro de este plan:</p> <p>Condado de Maricopa y códigos postales seleccionados del condado de Pinal*</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Medicare Advantage Classic (HMO) Prima mensual de \$0</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Medicare Advantage Plus (HMO) Prima mensual de \$35</p> <p>Condado de Pima</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Medicare Advantage Classic (HMO) Prima mensual de \$0</p>				<p>Deseo cambiarme a este plan y comprendo que es posible que tenga diferentes beneficios de salud y prima mensual:</p> <p>Condado de Maricopa y códigos postales seleccionados del condado de Pinal*</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Medicare Advantage Classic (HMO) Prima mensual de \$0</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Medicare Advantage Plus (HMO) Prima mensual de \$35</p> <p>Condado de Pima</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Medicare Advantage Classic (HMO) Prima mensual de \$0</p>			
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) elegido:							
¿Se mudó recientemente al área de servicio del plan que seleccionó más arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta es Sí, fecha de la mudanza ____/____/____							
Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en español o en letra grande:							
<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Letra grande							
<p>Llame a Servicios para los miembros al 1-800-446-8331 si necesita información en un formato o idioma distintos a los que se indican más arriba. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 15 de febrero al 30 de septiembre, y los 7 días de la semana del 1 de octubre al 14 de febrero. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Please call Member Services toll-free number at 1-800-446-8331 if you need information in another format or language than what is listed above. We are available from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Monday - Friday from February 15 to September 30; and 7 days a week from October 1 to February 14. TTY users should call 711.</p>							

*Al proporcionar esta dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones por correo electrónico de BCBSAZ Advantage (p. ej., confirmación de que recibimos su formulario de cambio de plan o material educativo sobre salud).

*Nuestra área de servicio incluye la totalidad de los condados de Maricopa y Pima y los siguientes códigos postales del condado de Pinal: 85117, 85118, 85119, 85120, 85140, 85142, 85143, 85178.

CÓMO PAGAR LA PRIMA DEL PLAN O LA MULTA POR INSCRIPCIÓN TARDÍA

Puede pagar la prima mensual de su plan o cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que pudiera adeudar por correo, transferencia electrónica de fondos o tarjeta de crédito. También puede elegir pagar su prima o multa por inscripción tardía mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) todos los meses.

Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá una factura directamente de Medicare o la RRB. **NO pague el IRMAA de la Parte D de BCBSAZ Advantage.**

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tienen un período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir estos beneficios de ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre la ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan por este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de la prima, le enviaremos una factura a usted por el monto que Medicare no cubra.

Seleccione una opción de pago de la prima/multa por inscripción tardía a continuación (si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses):

- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.
Adjunte un cheque ANULADO o brinde la siguiente información:
Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: Corriente Ahorro
Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____
- Recibir una factura mensual (puede pagar su factura mensual con un cheque o llamarnos para pagar con una tarjeta de crédito).
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). (La deducción del Seguro Social/RRB podría comenzar después de dos meses o más tras la aprobación de la deducción por parte del Seguro Social o de la RRB. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

BCBSAZ Advantage es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal.

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por BCBSAZ Advantage, es posible que esta persona reciba un pago según mi inscripción en BCBSAZ Advantage.

Divulgación de información: al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que BCBSAZ Advantage divulgará mi información, incluida mi información sobre medicamentos con receta, a Medicare, quien podría divulgarla con fines de investigación, u otros fines, que cumplan con todos los estatutos y las reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. Comprendo que las personas con Medicare no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de BCBSAZ Advantage, debo recibir toda mi atención médica de BCBSAZ Advantage, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por BCBSAZ Advantage y otros servicios indicados en la Evidencia de cobertura de BCBSAZ Advantage (también denominada contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BCBSAZ ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible a través de Medicare, previa solicitud.

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

Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:

APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		Relación con la persona inscrita:	

Solo para uso interno

N.º de identificación de miembro:		Fecha de entrada en vigencia del plan:	ICEP/IEP:	AEP:
SEP:	Motivo de SEP:	No elegible:	Rep. de inscripción:	Fecha de finalización:

Solo para uso del agente/corredor

Nombre del agente certificado (en letra de imprenta):			N.º de agente/corredor:	
Corredor de registro*:		Fecha de entrada en vigencia solicitada:		
Firma del agente/corredor:		ICEP/IEP:	AEP:	
SEP:	Motivo de SEP:	Fecha de recepción:	Número de teléfono:	

*Ingrese el nombre de la entidad que tiene contrato con BCBSAZ Advantage.