

Instrucciones para el Formulario de Inscripción Individual

Advantage

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Complete la solicitud con un bolígrafo negro, y presione firmemente.

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Advantage (HMO) Individual Enrollment Request Form



Advantage

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

To enroll, please provide all the information requested below.

REQUIRED: Please mark an "X" in the box next to the plan you wish to enroll in:

Maricopa County and select Pinal County zip codes*

- Blue Medicare Advantage Classic (HMO)
\$0 monthly premium
- Blue Medicare Advantage Plus (HMO)
\$39 monthly premium

Pima County

- Blue Medicare Advantage Classic (HMO)
\$0 monthly premium

Santa Cruz County

- Blue Medicare Advantage Standard (HMO)
\$19 monthly premium

PASOS:

A. Seleccione el plan en el que desea inscribirse.

B. Indique su Información del Seguro de Medicare tal como aparece en su tarjeta de identificación de Medicare roja, blanca y azul.

Please Provide Your Medicare Insurance Information

Please take out your red, white and blue Medicare card to complete this section.

- Fill out this information as it appears on your Medicare card.
- OR-
- Attach a copy of your Medicare card or your letter from Social Security or the Railroad Retirement Board.

Name: Jane L. Smith
(as it appears on your Medicare card)

Medicare Number X X X X - X X X - X X X X

Is Entitled To Effective Date (MM/DD/YYYY)

HOSPITAL (Part A) 01 / 01 / 2000

MEDICAL (Part B) 01 / 01 / 2000

You must have Medicare Part A and Part B to join a Medicare Advantage plan.

LAST Name: Smith		FIRST Name: Jane	Middle Initial: L.	<input type="checkbox"/> Mr. <input checked="" type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	
Birth Date: <u>06 / 03 / 1933</u> <small>M M / D D / Y Y Y Y</small>		Sex: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Phone Number: <u>(602) 000-0000</u>		
Permanent Residence Street Address (P.O. Box is not allowed): 1234 West Street			Apt. #: 203		
City: Phoenix		State: Arizona	ZIP Code: 85000		
County: Maricopa	Email Address*: jane.smith@yahoo.com				
Mailing Address (only if different from your Permanent Residence Address): P.O. Box 56789			Apt. #:		
City: Phoenix		State: Arizona	ZIP Code: 85000		
Alternate Contact: Robert Smith		Phone Number: (602) 000-0000	Relationship to you: Hermano		

C. Proporcione toda su información personal.

D. La persona a quien contactar si no podemos comunicarnos con usted.

E. Indique el nombre de su proveedor de atención primaria (PCP). Sin esta información, el plan le asignará automáticamente un PCP.

Please choose the name of a Primary Care Provider (PCP): _____ (FIRST Name) (LAST Name)

Is this your current Primary Care Provider? Yes No
Please note: if you do not provide the name of a PCP, one will be assigned for you by the plan.

Have you recently moved into the service area for the plan you selected above? Yes No
If yes, Date of Move _____/_____/_____

*Al proporcionar esta dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones por correo electrónico de BCBSAZ Advantage (por ejemplo, la confirmación de que recibimos su formulario de inscripción y/o materiales de educación sobre salud).

*Nuestra área de servicios incluye todo Maricopa, Pima, Santa Cruz y algunas zonas de los Condados de Pinal. Los códigos postales de los Condados de Pinal incluyen: 85117, 85118, 85119, 85120, 85140, 85142, 85143, 85178.

SU LISTA DE VERIFICACIÓN

Lea detenidamente las instrucciones y los enunciados. Use esta lista de verificación para asegurarse de haber completado toda la información requerida.

- A. ¿EN QUÉ PLAN SE INSCRIBIRÁ?** – Coloque una “X” en la casilla al lado del Plan de Salud de BCBSAZ Advantage en el que desea inscribirse.
- B. NÚMERO DE MEDICARE** – Escriba su número de Medicare claramente tal y como está escrito en su Tarjeta de Seguro de Salud de Medicare o en su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria.
- C. INFORMACIÓN PERSONAL** –
- **NOMBRE** – Escriba su nombre claramente tal y como está escrito en su Tarjeta de Seguro de Salud de Medicare, aunque contenga algún error. Los errores deben corregirse en la Oficina de Administración del Seguro Social. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán sobre la corrección de su nombre.
 - **Dirección permanente** - Debe ser su residencia actual en la que vive (NO se permite el apartado postal). Debe vivir dentro del área de servicio de BCBSAZ Advantage para inscribirse en este plan.
 - **Domicilio postal** (*si difiere de su domicilio de residencia permanente*) – Una dirección donde reciba su correo postal.
- D. CONTACTO ALTERNATIVO** – Indique el nombre de un amigo o familiar, que no viva con usted, para tener un contacto alternativo en caso de que no podamos comunicarnos con usted.
- E. MÉDICO DE CABECERA** – Coloque el Nombre y Apellido de su Médico de Cabecera (PCP). Si no completa esta información, el plan le asignará automáticamente un PCP.

INFORMACIÓN IMPORTANTE – Lea detenidamente cada enunciado. Si hay algo que no entiende, comuníquese con BCBSAZ Advantage al siguiente número telefónico, durante el horario de atención que se indica a continuación.

FIRMA – Al firmar su formulario de inscripción, usted acepta cumplir con las normas del plan y comprende sus responsabilidades como miembro. Si tiene alguna pregunta, llámenos. **Coloque su nombre tal y como aparece en su Tarjeta de Seguro de Salud de Medicare, así como la fecha en el formulario.** Conserve la copia amarilla del formulario de inscripción para su archivo. En la mayoría de los casos, acusaremos recibo de su solicitud por escrito antes de la fecha de entrada en vigor. Si alguien lo está ayudando a completar este formulario, comuníquese con BCBSAZ Advantage a los números telefónicos que se indican a continuación para recibir más instrucciones. Si tiene un representante que está completando este formulario en su nombre, este debe contar con un Poder Duradero General de Abogado (DPOA) o ser un Tutor Legal designado por el tribunal para poder firmar este formulario. Proporcione una copia del documento que muestre que su representante tiene su DPOA o es su Tutor Legal. La falta de este comprobante no retrasará la tramitación de la solicitud.

Envíe por correo postal el Formulario de Inscripción Individual a:

Blue Cross Blue Shield of Arizona Advantage
13985 W. Grand Ave., Ste. 200, Surprise, AZ 85374

Contáctenos llamando al:

1-888-274-0367, TTY/TDD 711

Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
(del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.)

O visite nuestra página web www.AZBlueMedicare.com

Blue Cross Blue Shield of Arizona Advantage es un plan HMO que se ofrece a través de un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Cross Blue Shield of Arizona Advantage depende de la renovación del contrato.

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona Advantage (HMO) Formulario de Solicitud de Inscripción Individual



Advantage

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Para inscribirse, brinde toda la información solicitada a continuación.
NECESARIO: Coloque una "X" en la casilla que aparece al lado del plan en el que desea inscribirse:

Códigos Postales del Condado de Maricopa y de Determinados Condados de Pinal*

- Blue Medicare Advantage Classic (HMO)
Prima mensual de **\$0**
- Blue Medicare Advantage Plus (HMO)
Prima mensual de **\$39**

Condado de Pima

- Blue Medicare Advantage Classic (HMO)
Prima mensual de **\$0**

Condado de Santa Cruz

- Blue Medicare Advantage Standard (HMO)
Prima mensual de **\$19**

Proporcione su Información de Seguro de Medicare

Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Ingrese esta información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare.
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

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

Número de Medicare _____ - _____ - _____

Tiene Derecho a Fecha de Entrada en Vigor (MM/DD/AAAA)

ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) ____/____/____

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) ____/____/____

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para unirse al plan Medicare Advantage.

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de Nacimiento: M M / D D / A A A A			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número telefónico:		
Domicilio de Residencia Permanente (NO se permite el apartado postal):						Apt. Nro.	
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Condado:		Dirección de correo electrónico*:					
Domicilio postal (solamente si difiere de su domicilio de residencia permanente):						Apt. Nro.	
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Contacto alternativo:				Número telefónico:		Relación con usted:	

Elija el nombre del Médico de Cabecera (PCP): _____ (NOMBRE) (APELLIDO)

¿Es este su Médico de Cabecera actual? Sí No

Tenga en cuenta que si no brinda el nombre de un PCP, el plan le asignará uno.

¿Se ha mudado recientemente al área de servicio del plan que seleccionó anteriormente? Sí No

Si su respuesta es sí, Fecha de Mudanza ____/____/____

*Al proporcionar esta dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones por correo electrónico de BCBSAZ Advantage (por ejemplo, la confirmación de que recibimos su formulario de inscripción y/o materiales de educación sobre salud).

*Nuestra área de servicios incluye todo Maricopa, Pima, Santa Cruz y algunas zonas de los Condados de Pinal. Los códigos postales de los Condados de Pinal incluyen: 85117, 85118, 85119, 85120, 85140, 85142, 85143, 85178.

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No
Si se ha sometido a algún trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita realizarse una diálisis estándar, **adjunte una nota o registros** de su médico donde se indique que se ha realizado un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos contactarlo para obtener información adicional.

2. Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, como ser otra aseguradora privada, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas Estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de BCBSAZ Advantage? Sí No

Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la cobertura y su(s) número(s) de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de identificación para esta cobertura: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

Fecha de inicio del plan para esta cobertura: / /

Fecha de término del plan para esta cobertura: / /

3. ¿Está usted inscrito en su Programa Estatal de Medicaid (AHCCCS)? Sí No

Si la respuesta es sí, indique su número de Medicaid: _____

4. ¿Es usted residente de un centro de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si marca "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Número Telefónico de la Institución: _____

Dirección (número y calle): _____

5. Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en español, letra grande u otro formato: Español letra grande otro formato

Please call Member Services at our toll-free phone number 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.

Por favor, llame a nuestro departamento de servicio al cliente al número de teléfono gratuito 1-800-446-8331. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre; y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. ATENCIÓN: si habla español, tiene disponibles servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-800-446-8331 (TTY/TDD: 711).

PAGAR LA PRIMA DE SU PLAN Y/ O LA MULTA POR INSCRIPCIÓN TARDÍA

Usted puede pagar la prima mensual de su plan y/o cualquier otra multa por inscripción tardía que tenga o adeude actualmente, por Transferencia Electrónica de Fondos, con tarjeta de crédito o por correo postal. También puede elegir abonar su prima y/o multa por inscripción tardía mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si se le asigna un Monto de Ajuste Mensual relacionado con su Ingreso de la Parte D (IRMAA), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar esta suma adicional además de la prima de su plan. Se le deducirá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o el monto será facturado directamente por Medicare o RRB. **NO pague la Parte D de BCBSAZ Advantage-IRMAA.**

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para obtener ayuda adicional a fin de pagar sus costos de medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y coseguros. Además, las personas elegibles no estarán sujetas al periodo sin cobertura ni a las multas por inscripción tardía. Muchas personas reúnen las condiciones para recibir estos beneficios sin saberlo. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional en la página web www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda extra con los costos de su cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre.

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

- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del banco: _____

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Número de enrutamiento del banco: _____

Número de cuenta del banco: _____

- Reciba una factura mensual (puede pagar su factura mensual con un cheque o llámenos para pagar con tarjeta de crédito)
- Por deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.
Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o la RRB puede tomar dos o más meses para que comience a deducirse antes de que el Seguro Social o RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o 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 vigor de su inscripción hasta la fecha en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o de un sindicato, afiliarse a BCBSAZ Advantage podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se afilia a BCBSAZ Advantage. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina enumerada en sus comunicados. Si no hay información sobre la persona a quien debe contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde a sus preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

1. BCBSAZ Advantage es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno federal. Deberé mantener mis Partes de Medicare A y B. Solamente puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud (excepto en el caso de suplementos) o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda adquirir en el futuro. La inscripción en este plan es, generalmente, para todo el año. Después de inscribirme, puedo abandonar este plan o hacer cambios solo en determinados momentos del año cuando el periodo de inscripción esté disponible (**Por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año**), o en ciertas circunstancias especiales.
2. BCBSAZ Advantage abarca un área de servicio específico. Si me mudo fuera del área que BCBSAZ Advantage abarca, debo notificarlo al plan para que pueda anular mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de BCBSAZ Advantage, tengo derecho a apelar decisiones del plan acerca del pago o de los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de BCBSAZ Advantage cuando lo reciba para saber qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare habitualmente no tienen cobertura cuando se encuentran fuera del país excepto con cobertura limitada cerca de las fronteras de EE. UU.
3. Entiendo que a partir del momento en que entra en vigor la cobertura de BCBSAZ Advantage, debo recibir toda mi atención médica de BCBSAZ Advantage, a excepción de los servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por BCBSAZ Advantage y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de BCBSAZ Advantage (también conocido como contrato de membresía o acuerdo de suscripción). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BCBSAZ ADVANTAGE PAGARÁ LOS SERVICIOS.**
4. Entiendo que si estoy recibiendo la ayuda de un agente de ventas, corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por BCBSAZ Advantage, esta persona puede recibir un pago sobre la base de mi inscripción en BCBSAZ Advantage.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, ratifico que BCBSAZ Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También ratifico que BCBSAZ Advantage divulgará mi información, incluida la información sobre medicamentos recetados a Medicare, que puede divulgarla para su investigación y para otros fines que respeten todas las leyes y normativas federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan. Entiendo que mi firma (o la firma de otra persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si la firma una persona autorizada (según se describe anteriormente), dicha firma certifica que 1) esta persona está autorizada, conforme a las leyes estatales, para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma: **X** _____ Fecha de Hoy: _____

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

Nombre: _____ Dirección: _____

Número telefónico: (____) _____ Relación con el inscrito: _____

Solo para Uso Administrativo:

Núm. de identificación de miembro: _____ Fecha de Entrada en Vigor del Plan: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP: _____ / Motivo para SEP: _____ No Elegible: _____

Rep. de Inscripción: _____ Fecha de Finalización: _____

Para Uso de Agente/Corredor de Seguros:

Nombre del Agente Certificado (en Letra de Imprenta): _____ Núm. de Agente/Corredor de Seguros: _____

Corredor de Seguros Autorizado*: _____ Fecha de Entrada en Vigor Solicitada: _____

Firma del agente/corredor de seguros: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____

SEP: _____ / Motivo para SEP: _____ Fecha de Recepción: _____ Número Telefónico: _____

**Ingrese el Nombre de la Entidad que tiene contrato con BCBSAZ Advantage*