OMB 0938-1378 Vence: 7/31/2024

Formulario de solicitud de cobertura

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente dentro de los EE. UU.
- Vivir en un área de cobertura del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario).
- Medicare Parte B (seguro médico).

¿Cuándo uso este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores a la primera obtención de Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorio:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234
Phoenix, AZ 85038

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) al **1-888-274-0367**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048.**

En español: Llame a Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) al **1-888-274-0367, TTY: 711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o una dirección donde reciba correspondencia (por ejemplo, los cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio obligatorio para completar esta recopilación de información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a la siguiente dirección: 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, expedientes médicos, 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 recopilación (descrito en el formulario OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué pasa después?" que se encuentra en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Medicare Advantage (HMO)

Área de cobertura: Instrucciones de inscripción individual para los condados de Maricopa, Pinal y Pima

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Complete la solicitud con bolígrafo negro.
Se deben completar todas las secciones y luego enviarse para llevar a cabo la inscripción.

Medicare Advantage (HMO)

Área de cobertura: Formulario de inscripción individual del condado de Maricopa, del Condado de Pinal y del Condado de Pima

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Para inscribirse, proporcione toda la información solicitada a continuación.

OBLIGATORIO: Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan en el que desea inscribirse:

Condado de Maricopa y Pinal

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
Prima mensual de **$0** (H0302-006)

☐ Blue Best Life Plus (HMO)
Prima mensual de **$45** (H0302-001)

Condado de Pima

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
Prima mensual de**$0** (H0302-008)

Proporcione su información de seguro de Medicare

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

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.
  O BIEN
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre: Jane L. Smith
(como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare X X X X - X X X - X X X X

Tiene derecho a Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)

SERVICIOS HOSPITALARIOS (Parte A) 01 / 01 / 2000

SERVICIOS MÉDICOS (Parte B) 01 / 01 / 2000

Debe tener cobertura tanto de la Parte A como de la parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

APELLIDO: Smith	NOMBRE: Jane	Inicial del segundo nombre: L.	☐ Sr. ☒ Sra. ☐ Srta.
Fecha de nacimiento: 0 6 / 0 3 / 1 9 3 3 (M M / D D / A A A A)	Sexo: ☐ M ☒ F	Número de teléfono: (602) 000-0000	
Dirección de residencia permanente (no se aceptan casillas postales [P.O. Box]): 1234 West Street		Apartamento núm.: 203	
Ciudad: Phoenix	Estado: Arizona	Código postal: 85000	
Condado: Maricopa	Dirección de correo electrónico: jane.smith@yahoo.com		
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección permanente): P.O. Box 56789		Apartamento núm.:	
Ciudad: Phoenix	Estado: Arizona	Código postal: 85000	
Contacto alternativo: Robert Smith	Número de teléfono: (602) 000-0000	Relación con usted: Hermano	

Coloque el nombre del prestador principal de servicios médicos (PCP):_____
(NOMBRE) *(APELLIDO)*

¿Es este su prestador de servicios médicos actual? ☐ Sí ☐ No

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

¿Se mudó recientemente al área de cobertura del plan que seleccionó más arriba? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí", fecha de la mudanza _____/_____/_____

PASOS:

A. Seleccione el plan en el que desea inscribirse.

B. Proporcione su información del seguro de Medicare según aparece en su tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare.

C. Proporcione toda su información personal.

D. La persona con la que debemos comunicarnos si no podemos contactarnos con usted.

E. Proporcione el nombre de su prestador principal de servicios médicos (PCP). Sin esta información, el plan le asignará automáticamente un PCP.

SU LISTA DE VERIFICACIÓN

Lea con atención las instrucciones y afirmaciones. Utilice esta lista de verificación para asegurarse de que ha completado toda la información obligatoria.

☐ **A. ¿EN QUÉ PLAN SE INSCRIBE?** coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan BCBSAZ de Medicare en el que desea inscribirse.

☐ **B. NÚMERO DE MEDICARE**: coloque su número de Medicare exactamente como está escrito en la tarjeta del seguro de salud de Medicare o la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

☐ **C. INFORMACIÓN PERSONAL**:

- **Nombre**: coloque su nombre exactamente como aparece en su tarjeta del seguro de gastos médicos de Medicare, incluso si tiene un error. Los errores se deben corregir con su oficina local de Administración del Seguro Social. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Service, CMS) nos avisarán acerca de la corrección de su nombre.
- **Dirección permanente**: debe ser su residencia actual, donde vive en la actualidad (los apartados postales [P.O. Box] NO están permitidos). Debe estar viviendo dentro del área de cobertura de BCBSAZ para inscribirse en este plan.
- **Dirección postal** *(si es diferente de la dirección permanente)*: una dirección donde usted recibe su correspondencia.

☐ **D. CONTACTO ALTERNATIVO**: proporcione el nombre de un amigo o un familiar, que no resida con usted, como contacto alternativo en caso de que no podamos comunicarnos con usted.

☐ **E. PRESTADOR PRINCIPAL DE SERVICIOS MÉDICOS**: coloque el nombre y el apellido de su prestador principal de servicios médicos (PCP). Si no completa esta información, el plan le asignará automáticamente un PCP.

INFORMACIÓN IMPORTANTE. lea atentamente cada afirmación. Si hay algo que no entienda, comuníquese con BCBSAZ al número telefónico que se encuentra a continuación, durante los horarios de atención que figuran abajo.

FIRMA. Al firmar el formulario de inscripción, usted acepta cumplir las normas del plan y comprende sus responsabilidades como miembro. Si tiene alguna pregunta, llámenos. **Firme con su nombre tal como aparece en su tarjeta del seguro de gastos médicos de Medicare, y coloque la fecha en el formulario.** Conserve el recibo de inscripción del formulario de solicitud de cobertura para sus registros. En la mayoría de los casos, acusaremos recibo de su solicitud por escrito antes de la fecha de entrada en vigencia. Si alguien le brinda asistencia para completar este formulario, comuníquese con BCBSAZ llamando a los números telefónicos que figuran abajo para recibir más instrucciones. Si tiene un representante que completará este formulario en su nombre, dicha persona debe tener un poder notarial permanente (Durable General Power of Attorney, DPOA) o haber sido designado por un tribunal como tutor legal para firmar este formulario. Proporcione una copia del trámite que muestre que su representante posee un DPOA o es su tutor legal. La falta de evidencia no retrasará el procesamiento de la solicitud.

Envíe el formulario de inscripción individual por correo a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Arizona
P.O. Box 29234, Phoenix, AZ 85038

Comuníquese con nosotros al:
1-888-274-0367, TTY: 711

Nuestro horario de atención es desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo,
los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.
(desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.).
También puede visitar nuestro sitio web **azblue.com/medicare**.

Medicare Advantage (HMO)

Área de cobertura: Formulario de inscripción individual del condado de Maricopa, del Condado de Pinal y del Condado de Pima

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Para inscribirse, proporcione toda la información solicitada a continuación.

OBLIGATORIO: Coloque una "X" en la casilla que se encuentra junto al plan en el que desea inscribirse:

Condado de Maricopa y Pinal

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
Prima mensual de **$0** (H0302-006)

☐ Blue Best Life Plus (HMO)
Prima mensual de **$45** (H0302-001)

Condado de Pima

☐ Blue Best Life Classic (HMO)
Prima mensual de**$0** (H0302-008)

Proporcione su información de seguro de Medicare

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

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.
  O BIEN
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

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

Número de Medicare ___ ___ ___ ___-___ ___ ___-___ ___ ___ ___

Tiene derecho a Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)

SERVICIOS HOSPITALARIOS (Parte A) _____/_____/_____

SERVICIOS MÉDICOS (Parte B) _____/_____/_____

Debe tener cobertura tanto de la Parte A como de la parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
Fecha de nacimiento: ___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___ (M M / D D / A A A A)		Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono: ( )
Dirección de residencia permanente (no se aceptan casillas postales [P.O. Box]):			Apartamento núm.:
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Condado:	Dirección de correo electrónico:		
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección permanente):			Apartamento núm.:
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Contacto alternativo:		Número de teléfono: ( )	Relación con usted:

Coloque el nombre del prestador principal de servicios médicos (PCP):_____
(NOMBRE) *(APELLIDO)*

¿Es este su prestador de servicios médicos actual? ☐ Sí ☐ No

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

¿Se mudó recientemente al área de cobertura del plan que seleccionó más arriba? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", fecha de la mudanza _____/_____/_____

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, una cobertura de servicio médico incluido para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA) o programas de asistencia farmacéutica estatales.

   ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de la cobertura de medicamentos con receta de BCBSAZ de Medicare? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre y el número de identificación de esta cobertura:

   Nombre de la otra cobertura: _____

   Núm. de identificación de la cobertura: _____ Núm. de grupo de la cobertura: _____

   Fecha de inicio del plan de esta cobertura: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___
   M M / D D / A A A A

   Fecha de finalización del plan para esta cobertura: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___
   M M / D D / A A A A

2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado (AHCCCS)? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

3. ¿Es usted residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un asilo? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

   Nombre de la institución: _____

   Número de teléfono de la institución: _____

   Dirección (calle y número): _____

BCBSAZ ofrece planes BlueJourney PPO Medicare Advantage. BCBSAZ Advantage, una subsidiaria independiente, pero de propiedad plena de BCBSAZ, ofrece los planes Blue Best Life Classic y Plus HMO.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si determinamos más adelante que esta información es incorrecta, su inscripción puede cancelarse.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare Advantage (MA).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de cobertura de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Salí de prisión recientemente. Me liberaron el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente volví a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU. el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve la categoría de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta categoría el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de recibir Medicaid, tuve un cambio en el grado de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid), el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Beneficio Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Beneficio Adicional, tuve un cambio en el grado de Beneficio Adicional o perdí el Beneficio Adicional), el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Beneficio Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- ☐ Me voy a mudar a un centro de atención médica a largo plazo, vivo en uno o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un asilo o un centro de atención médica a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro/del centro el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente dejé de participar en un Programa de atención integral para ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.

☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare, o bien Medicare terminará su contrato con mi plan.

☐ Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.

☐ Me inscribieron en un plan por necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte del plan. Me cancelaron la suscripción del SNP el (escriba la fecha) _____.

☐ Me vi afectado por una catástrofe declarada por una entidad gubernamental u otra emergencia (según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones que figuran aquí se aplicó a mi caso, pero no pude completar mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con BCBSAZ al número gratuito **1-888-274-0367**, TTY: **711** para corroborar si es elegible para cancelar su inscripción. Nuestro horario de atención es desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. También puede visitar nuestro sitio web:**azblue.com/medicare**.

¿Tiene usted en la actualidad un plan de seguro suplementario de Medicare? ☐ Sí ☐ No

☐ Entiendo que me estoy inscribiendo en un plan Medicare Advantage con un plan de farmacia de la Parte D. Entiendo que no puedo combinar un plan de seguro suplementario de Medicare o Medigap con un plan Medicare Advantage.

Todos los campos de esta sección son opcionales.		
Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.		
¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.		
☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español ☐ Sí, soy de Puerto Rico ☐ Sí, soy de otro origen hispano, latino o español		☐ Sí, soy mexicano, mexicano-americano, chicano ☐ Sí, soy cubano ☐ Prefiero no responder.
¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.		
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Otro origen asiático ☐ Vietnamita	☐ Indio asiático ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Otro origen de las islas del Pacífico ☐ Blanco	☐ Negro o afroamericano ☐ Guameño o Chamorro ☐ Nativo hawaiano ☐ Samoano ☐ Elijo no responder.
Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. ☐ Español		
Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible. ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio		

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

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 actualmente tenga o que pudiera adeudar por transferencia electrónica de fondos, con tarjeta de crédito o por correo. 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 Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, 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**.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir *Beneficio Adicional* (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre el *Beneficio Adicional* (Extra Help), comuníquese con su Oficina del Seguro Social local, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar el *Beneficio Adicional* (Extra Help) por Internet en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si reúne los requisitos para recibir *Beneficio Adicional* (Extra Help) para pagar los costos de la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. 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 (Electronic Funds Transfer, EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque SIN VALIDEZ o brinde la siguiente información:

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorro

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

☐ Factura mensual (puede pagar su factura mensual con un cheque o llamarnos para pagar con tarjeta de crédito).

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).
Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/de la 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 acepta su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura hasta que se aprueben las deducciones del Seguro Social o la RRB, lo que puede demorar entre 2 y 3 meses. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, continuaremos enviándole una factura por sus primas mensuales.)

STOP

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

Si actualmente usted tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en BCBSAZ puede afectar servicio médico incluido del empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en BCBSAZ. Lea las comunicaciones que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus datos de contacto. Si no hay información para saber con quién comunicarse, pueden ser de ayuda el administrador de beneficios o la oficina que responde consultas sobre su cobertura.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

1. BCBSAZ es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar tanto la parte A como la parte B de Medicare. Solo puedo permanecer en un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente cualquier otra inscripción en otro plan de salud de Medicare (excepto los seguros suplementarios) o plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que yo tenga o pudiera tener en el futuro. La inscripción en este plan es, en general, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solamente en ciertas épocas del año, cuando se encuentre disponible un período de inscripción (**por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año**), o en ciertas circunstancias especiales.
2. BCBSAZ presta servicios en un área de cobertura específica. Si me mudo fuera del área en la que BCBSAZ presta servicios, debo notificar al plan para que pueda cancelar la inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de BCBSAZ, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago de servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de Cobertura de BCBSAZ cuando lo reciba para conocer las normas que debo seguir a fin de recibir la cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
3. Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de BCBSAZ, debo recibir toda atención médica a través de BCBSAZ, excepto por los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por BCBSAZ y otros servicios indicados en la Evidencia de Cobertura de BCBSAZ (también denominada contrato del miembro o acuerdo al asegurado principal). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BCBSAZ PAGARÁN POR LOS SERVICIOS**.
4. Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, un corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por BCBSAZ, es posible que esta persona reciba un pago según mi inscripción en BCBSAZ.

Divulgación de información: Al inscribirme en la cobertura médica de Medicare, reconozco que BCBSAZ divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que BCBSAZ divulgará mi información, incluidos datos sobre eventos de los medicamentos con receta, a Medicare, quien podría divulgarla con fines de investigación u otros fines que cumplan 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 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), la firma certifica 1) que esta persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción, y 2) que la documentación de esta autorización 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:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (_____)_____ Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso interno:

Núm. de identificación del miembro: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP): _____

Período de elección anual (AEP): _____ Período de inscripción abierta (OEP): _____

Período de inscripción especial (SEP): _____/Motivo del SEP: _____ No reúne los requisitos: _____

Rep. de inscripción: _____ Fecha en que se completó: _____

Solo para uso del agente/corredor de seguros:

Nombre del agente certificado (en letra de imprenta): _____ Núm. de agente/corredor de seguros: _____

Corredor autorizado*: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura solicitada: _____

Firma del agente/corredor de seguros: _____

Fecha de recepción:_____ Número de teléfono: _____

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

Nombre de la persona inscrita: _____

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Recibo de solicitud de cobertura 2024

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

Esta copia es para sus registros solamente. No vuelva a enviar la solicitud de cobertura.

Complete este resumen del plan con su representante de ventas autorizado (si corresponde). Le describirá algunos detalles del plan para ayudar a que entienda mejor su nuevo plan.

Estos son algunos detalles sobre su nuevo plan:

Nombre de la persona inscrita:	
Fecha de la solicitud:	La cobertura de mi plan comienza el (fecha de entrada en vigencia):
El nombre de mi nuevo plan es: **Condado de Maricopa y Pinal** ☐ Blue Best Life Classic (HMO) Prima mensual de **$0** (H0302-006) ☐ Blue Best Life Plus (HMO) Prima mensual de **$45** (H0302-001) **Condado de Pima** ☐ Blue Best Life Classic (HMO) prima mensual de **$0** (H0302-008)	
El tipo de plan es: ☐ HMO	RxBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGRP: BAZMAPD
Información sobre la prima: Mi plan posee una prima mensual de: $ _____. Comprendo que debo permanecer inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare y debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare, a menos que el estado u otro tercero la paguen por mí. Si debo una multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP), esta no se incluye en la prima y debo añadirla a la prima cada mes.	
Debo estar viviendo en el área de cobertura del plan. Si me mudo fuera del área de cobertura del plan por más de 6 meses consecutivos, tendré que elegir un nuevo plan.	
Puedo cancelar la inscripción en este plan antes de que inicie mi cobertura comunicándome con el Departamento de Atención al Miembro al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m, y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.** Cuando comience la cobertura, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para hacer un cambio de plan, a menos que califique para un período de elección especial.	
Si tiene alguna pregunta, llame a su representante de ventas autorizado:	
Nombre y número de identificación del representante de ventas autorizado	Núm. de teléfono del representante de ventas autorizado

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-446-8331. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-446-8331. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-446-8331。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-446-8331。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-446-8331. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-446-8331 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-446-8331. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-446-8331 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-446-8331. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-446-8331. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-446-8331 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-446-8331. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-446-8331. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-446-8331. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-446-8331 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo: T'áá hait'éego da ats'íís baa'áhayą́ doodago azee' aanídaa'niłí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąąh na'ídikid nee hólǫ́ǫgo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíík'eh nihee hóló. Ata' halne'í ła' yíníkeedg kohjį' 1-800-446-8331 nihich'į' hodíilnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáłti'ígíí ła' niká'iilyeed dooleeł. Díí t'áá jiik'eh bee niká'iilyeed dooleeł.

Y0137_Y35510PY24_C

NOTAS:

NOTAS:

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association