Blue Cross® Blue Shield® of Arizona
Formulario de solicitud de cambio de plan

Este Formulario de cambio de plan solo se puede usar para cambiar de un plan a otro plan similar: De HMO a HMO

Para realizar un cambio en el plan Medicare Advantage que tiene con Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ), complete el formulario de cambio de plan para hacer su elección. Ingrese la información del plan que desea a continuación y firme el formulario.

Los cambios en los planes de salud solo pueden realizarse en ciertos momentos durante el año. Desde el 15 de octubre al 7 de diciembre, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, desde el 1.° de enero hasta el 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan Medicare Advantage (excepto un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos [Medical Savings Account, MSA]) puede cambiar de plan o regresar a Original Medicare (y unirse a un plan de medicamentos con receta independiente de Medicare). Por lo general, no puede realizar cambios en otros momentos, excepto en determinadas situaciones, por ejemplo, si se muda fuera del área de servicio de su plan, desea unirse a un plan en su área con una calificación de 5 estrellas o reúne los requisitos (o pierde los requisitos) para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta.

Nombre del plan que desea solicitar:			
APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
Número de miembro:		Número de teléfono particular:	
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:

Complete lo siguiente:

Actualmente soy miembro del plan _____ de BCBSAZ con una prima mensual de $_____.

Me gustaría cambiar al plan _____ de BCBSAZ. Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de $_____.

Nombre del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) elegido:

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

☐ Español ☐ Letra grande ☐ Formato alternativo _____

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **480-937-0409** (en Arizona) o a la línea gratuita **1-800-446-8331** si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto del que se indica arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de 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 deben llamar al **711**.

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

Puede pagar su prima mensual del plan o cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que pudiera adeudar por correo, transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o tarjeta de crédito. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios 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 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. NO pague el IRMAA de la Parte D de BCBSAZ.

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, incluidas las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una 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 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 ***Ayuda adicional*** por Internet en ww.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si reúne los requisitos para recibir ***Ayuda adicional*** para pagar los costos de la cobertura de 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.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima:

☐ Conservar mi opción de pago de prima actual.

☐ Recibir una factura en papel. **No envíe el pago de una prima con esta solicitud.**

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses. Proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

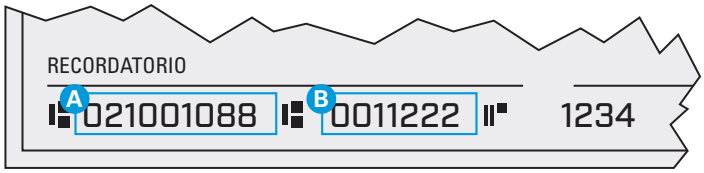
Institución financiera: _____

Número de ruta bancaria: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de cuenta bancaria: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorro

A El número de ruta bancaria está compuesto por nueve caracteres y aparece entre los símbolos ⑆, generalmente en la esquina inferior izquierda de su cheque.



B Su número de cuenta tiene entre 5 y 17 caracteres y aparece junto al símbolo ⑈ en la parte inferior de su cheque, generalmente a la derecha de su número de ruta bancaria.

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social o 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).

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

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

Comprendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor 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 este plan de salud 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 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, debo obtener toda mi 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 del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BCBSAZ 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 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 elegible: _____

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

Solo para uso del agente/corredor:

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

Núm. de agente/corredor: _____

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

Firma del agente/corredor: _____

Fecha de recepción:_____ Número de teléfono: _____

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

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.

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the 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

An Independent Licensee of the 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 hółǫ́ǫgo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíík'eh nihee hółǫ́. 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.

NOTAS:

NOTAS:

¿No es miembro aún?

Comuníquese con nuestros asesores autorizados de Medicare:
1-888-274-0367, TTY: 711
O bien, comuníquese con su agente de seguro.

Los miembros actuales deben llamar al:
480-937-0409 (en Arizona)
o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**

Del 1.° de octubre al 31 de marzo:
los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1.° de abril al 30 de septiembre:
de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Y0137_Y35529PY24_C CMS Approved 07/10/23

246081023

1354772-23