

Formulario de cambio individual de Blue MedicareRx para 2021

A. Información del miembro (letra de imprenta legible)

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Número de miembro (figura en su tarjeta de identificación de Blue MedicareRx):

Número de Medicare (figura en su tarjeta de identificación roja, blanca y azul de Medicare):

Número de teléfono particular:

Número de teléfono alternativo (opcional):

Dirección de correo electrónico:

() -

() -

Domicilio permanente (**no se aceptan casillas postales**):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

B. Opciones de planes

Quiero cambiar de mi plan actual de la Parte D al plan de la Parte D que seleccioné abajo. Entiendo que si recibo este formulario a fin de un mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Los cambios realizados durante el período de inscripción anual entran en vigencia el 1 de enero del siguiente año.

Marque la casilla a continuación para indicar la opción del plan a la que quiere cambiarse:

Blue MedicareRx: Value \$31.50

Essential \$39.50

Enhanced \$105.50

C. Determinación del período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse o cambiar las opciones de plan en un plan de medicamentos con receta de Medicare solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle cambiar su opción de plan en un plan de medicamentos con receta de Medicare fuera del período de inscripción anual. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción. **Nota: La elección de la fecha de entrada en vigencia solo se permite en determinadas situaciones de inscripción identificadas a continuación.** En todos los demás casos, o si no especifica una fecha de entrada en vigencia, la fecha de entrada en vigencia será el primer día del mes después de que el plan recibió su formulario.

SI LA DECLARACIÓN QUE SELECCIONA EXIGE UNA FECHA, UTILICE EL SIGUIENTE FORMATO:

M M D D A A A A

Me inscribiré durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre con una **fecha de entrada en vigencia del 1 de enero de 2021.** (Nota: El formulario de cambio se debe recibir antes del 7 de diciembre para que el cambio entre en vigencia el 1 de enero).

ME VOY A MUDAR O ME MUDÉ

Vivo en un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, una residencia para adultos mayores o un centro de atención a largo plazo) o me mudé recientemente a uno. Me mudé/me mudaré al o del centro en la siguiente fecha: .

Nombre de la persona inscrita: _____

PERDÍ O VOY A PERDER MI COBERTURA O AYUDA ADICIONAL

- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) en la siguiente fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en la siguiente fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

TENGO OTRA COBERTURA (Y OTROS MOTIVOS)

- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre grave (como declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones que figuran aquí se aplicó a mi caso, pero no pude completar mi cambio de inscripción debido al desastre natural.
- Otro período de inscripción especial no identificado arriba _____

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al **1-833-229-3593** (TTY: **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes.

Si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente o en un formato accesible, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de Blue MedicareRx al número de teléfono que figura en la portada de este formulario.

D. Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que pudiera adeudar) por correo o "transferencia electrónica de fondos (EFT)" todos los meses. También puede elegir pagar su prima 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 la RRB, o recibirá una factura directamente de Medicare. NO pague el monto adicional de IRMAA de la Parte D a Blue MedicareRx.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos a fin de recibir ayuda adicional 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, 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 una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles 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**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar la Ayuda adicional por Internet en **ssa.gov/prescriptionhelp** o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. 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. 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.

Nombre de la persona inscrita: _____

Seleccione una opción de pago de la prima:

Conservar mi opción actual de pago de la prima.

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: _____

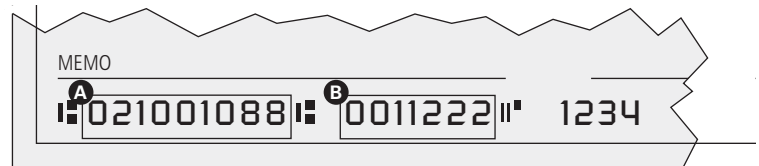
Institución financiera: _____

Número de ruta bancaria:

Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: Corriente Ahorros

A El número de ruta bancaria está compuesto por nueve caracteres y aparece entre los símbolos **II**, 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 **II** 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 (RRB). Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

La deducción del Seguro Social, la RRB o la EFT podría comenzar después de dos meses o más. 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 la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales. Si usted no paga su prima correspondiente a los meses antes de que la deducción surta efecto, se podría cancelar su inscripción en el plan.

E. Autorización de inscripción: Al completar la presente solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Después de leer minuciosamente todas las declaraciones de esta sección, firme la Sección F de este formulario. Conserve la copia denominada "Persona inscrita" para sus registros.

1. Blue MedicareRx es un plan de medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos con receta es adicional a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, deberé conservar mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Soy responsable de informar a Blue MedicareRx sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Solo puedo estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare por vez.
2. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez inscrito/a, puedo dejar este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, generalmente durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que reúna los requisitos para determinadas circunstancias especiales.
3. Blue MedicareRx proporciona sus servicios en un área de servicios específica. Si me mudo del área en la que Blue MedicareRx proporciona sus servicios, debo notificar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar las farmacias de la red, excepto en caso de emergencia cuando no pueda usar razonablemente las farmacias de la red de Blue MedicareRx. Una vez que sea miembro de Blue MedicareRx, tengo derecho a presentar una apelación sobre las decisiones del plan con respecto a los pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento de la Evidencia de cobertura de Blue MedicareRx cuando lo reciba para saber cuáles son las normas que debo seguir para obtener la cobertura.

Nombre de la persona inscrita: _____

4. Comprendo que, si dejo este plan y no tengo u obtengo otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima correspondiente a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
5. Comprendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, agente de seguro u otra persona empleada o contratada por Blue Cross Blue Shield of Arizona, es posible que esta persona reciba un pago por mi inscripción en Blue MedicareRx.
6. Entiendo que es posible que haya servicios de asesoramiento disponibles en mi estado que ofrezcan asesoramiento sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de Medicare Advantage o de planes de medicamentos con receta, asistencia médica mediante el programa estatal de Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.
7. **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Blue MedicareRx divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para cuestiones vinculadas a tratamiento, pago y atención médica. También acepto que Blue MedicareRx divulgará mi información, incluida mi información sobre 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.

Nombre de la persona inscrita: _____

F. Firma

Quiero cambiar de mi opción de plan actual a la opción de plan que seleccioné aquí. 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 este formulario de cambio, incluida la información de la Sección E. 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 autorización se encuentra disponible a través de Medicare, previa solicitud.

Su firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

- Le otorgo permiso al agente autorizado identificado anteriormente a que ingrese mi formulario de cambio en línea en **YourAZMedicareSolutions.com**.

Solo para uso del representante autorizado

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

Nombre (en letra de imprenta): _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Relación con la persona inscrita: _____

- Quiero recibir toda comunicación que se envíe por correo a este miembro.

Solo para uso del agente

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

Agente de seguro de registro n.º: _____

Agente de seguro del registro (en letra de imprenta): _____
(Ingrese el nombre de la entidad o persona que tiene contrato con BCBSAZ).

- Verifique si la persona inscrita envió este formulario de inscripción **completo** con su firma. Este formulario en papel se debe enviar mediante uno de los métodos que figuran a continuación en el plazo de los **dos (2) días calendario** a partir de la fecha de su recepción. Firme y coloque la fecha a continuación cuando usted reciba el formulario del beneficiario.

Firma del agente de seguro: _____

Fecha de recepción del formulario: _____ Número de teléfono: (____) _____

Marque el método de envío seleccionado e introduzca la información correspondiente:

- El documento se envió mediante la solicitud en línea. Ingrese el número de confirmación en línea: _____
- La solicitud se envió por fax. Ingrese la fecha de envío por fax (conservar la hoja de confirmación del fax): _____
- La solicitud se envió al día siguiente. No olvide seleccionar la recepción de un día para el otro.

¿Tiene preguntas?



Visítenos en línea en **YourAZMedicareSolutions.com**



Llame a Blue MedicareRx: **1-833-229-3593**

(los usuarios de TTY con problemas auditivos deben llamar al **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

- Del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana
- Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes



Comuníquese con su agente certificado independiente



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association