

Gracias por elegir
un plan Medicare Advantage
que ofrece apoyo adicional



Formulario de solicitud de inscripción individual de Medicare 2027

Sección 1: Seleccione el plan al que desea inscribirse

Planes médicos y de medicamentos recetados	☐ BlueChiP for Medicare Access (HMO-POS): \$31.30 por mes
	☐ BlueRI for Duals (HMO D-SNP): \$0 por mes

Sección 2: Información personal (escriba en letra molde)

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre (opcional)
Fecha de nacimiento / / (DD / MM/ AAAA)	Sexo ☐ M ☐ F	
Número de teléfono ()	Teléfono alternativo (opcional) ()	
Dirección de residencia permanente (no se permite apartado postal a menos que se encuentre sin vivienda)		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección permanente. Se permite apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		

Sección 3: Nombre de su proveedor de atención primaria (PCP)*

Apellido	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Está viendo actualmente, o ha visto recientemente a este proveedor? ☐ Sí ☐ No		Número de teléfono ()

*Se requiere que seleccione un proveedor de atención primaria (PCP). Si no selecciona un PCP, Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island (BCBSRI) puede asignarle uno.

Sección 4: Proporcione su información de seguro de Medicare

Para confirmar su elegibilidad para la cobertura de Medicare, la información a continuación es necesaria para procesar este formulario.

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

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

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene Derecho a: Fecha de vigencia:

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICO (Parte B) _____

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan Medicare Advantage.

Sección 5: Solo para solicitantes de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

Utilice su tarjeta "Anchor" de Medicaid de **Rhode Island** para completar esta sección. Para asistencia, llame al equipo de ventas de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) al 1-855-430-9293.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicaid):

Número de identificación de Medicaid (MID):

- Número de Seguro Social (requerido para verificación de Medicaid): ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____
- ¿Está experimentando inseguridad habitacional o falta de vivienda? ☐ Sí ☐ No

Sección 6: Lea y responda estas preguntas importantes

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tiene otra cobertura de medicamentos? ☐ Sí ☐ No

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

Nombre de otra cobertura _____

Número de identificación para esta cobertura: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

2. ¿Es usted residente en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos?

☐ Sí ☐ No

Si "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección de la institución: _____

Número de teléfono: _____

Estamos solicitando esta información **opcional** para ayudarnos a comprender mejor las necesidades de nuestros miembros. Sus respuestas o su decisión de no responder no afectarán sus beneficios, cobertura o costos.

3. Tratamos de adaptarnos al idioma preferido del miembro para recibir correspondencia de BCBSRI cuando sea posible.

¿Tiene un idioma preferido que no sea el inglés?

☐ Español

☐ Portugués

4. Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Letra grande

☐ CD de audio

☐ Braille

☐ CD de datos

5. ¿Trabaja?

☐ Sí

☐ No

¿Su cónyuge trabaja?

☐ Sí

☐ No

6. ¿Le gustaría recibir los siguientes materiales electrónicamente a medida que estén disponibles?

☐ Material del plan (p. ej. explicación de beneficios médicos, aviso anual de cambios, factura de prima)

Correo electrónico: _____

Teléfono celular (solo comunicaciones de texto): _____

Comuníquese con nuestro equipo de Consejería de Medicare al 1-800-267-0439 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente a los mencionados anteriormente. El equipo de Consejería de Medicare está disponible 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.; los sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Un sistema de respuesta automática está disponible fuera de estos horarios. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 7: Elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo 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 periodo.

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su conocimiento, es elegible para un periodo de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele la inscripción.

- ☐ Periodo de inscripción anual (AEP): Inscripciones del 15 de octubre al 7 de diciembre, efectivas a partir del 1 de enero de 2027.
- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional, o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí mi Medicaid) el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente recibí notificación de mi derecho retroactivo a Medicare el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente regresé a los EE.UU después de vivir permanentemente fuera. Regresé el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente obtuve estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estado el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré el/de la instalación el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Formo parte de un programa estatal de ayuda farmacéutica para personas que cumplen los requisitos, o voy a dejar de recibir ayuda de un programa estatal de ayuda farmacéutica.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- ☐ Estaba inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) ____/____/____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Estaba inscrito en un SNP pero he perdido la calificación de necesidades ____/____/____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Otra de las situaciones aquí descritas se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.
- ☐ Otro _____

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted, o no está seguro contacte a nuestro equipo de Ventas de Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island al 1-800-505-2583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede utilizar nuestro sistema de respuesta automatizado fuera de este horario.

Sección 8: Pago de la prima de su plan

Normalmente, no se requiere que pague una prima. Sin embargo, si pierde su subsidio por bajos ingresos de la parte D (o "Ayuda Adicional") o su subsidio de Medicaid, es posible que sea responsable de pagar una prima. En este caso, ¿cómo le gustaría pagar?

☐ **Opción 1: Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.**

1. Rellene la información a continuación:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros

Diagrama de un cheque de la ORNL Federal Credit Union. Las anotaciones indican:

- Número de cuenta de 12 dígitos: 123456789012
- Número de ruta de ORNL FCU: 0123
- Número de cheque: 123

☐ **Opción 2: Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

La deducción del Seguro Social o RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta 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 efectiva de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.

☐ **Opción 3: Facturación directa**

Seleccione una opción de pago de prima: ☐ Recibir una factura mensualmente ☐ Recibir una factura trimestralmente

Sección 9: IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en BlueRI for Duals (HMO D-SNP) o BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS).
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que BlueRI for Duals (HMO D-SNP) o BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS) compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando mi cobertura de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) o BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS) comience, debo obtener los beneficios de Medicare a través de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) o BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS). Los beneficios y servicios cubiertos proporcionados por BlueRI for Duals (HMO D-SNP) o BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS) están contenidos en mi documento "Evidencia de Cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni BlueRI for Duals (HMO D-SNP) o BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS) pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario significa que he leído y comprendo el contenido de este formulario. Si es firmado por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada bajo la ley Estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare

Firma del Inscrito: X _____ Fecha de hoy: _____



Si usted es el inscrito, asegúrese de haber firmado arriba. Si está firmando en nombre del inscrito, firme arriba Y complete la sección de representante autorizado.

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos a continuación:

Apellido	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Relación con el Inscrito	Número de Teléfono ()	

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Dirección de correo de los formularios completados

Blue Cross Blue Shield of Rhode Island Membership Department – 00083
500 Exchange Street
Providence, RI 02903-9743

Complete esta sección si usted es un individuo (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, miembros de la familia u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario

Firma (si recibió asistencia en la inscripción)		Fecha de recepción
Nombre en letra molde	No.de identificación del bróker	Número Nacional de Productor (NPN) del bróker/agente
Fecha de entrada en vigor de la cobertura ____/____/____ DD / MM / AAAA		Relación con el inscrito
☐ AEP	☐ ICEP	☐ OEP
☐ SEP	☐ IEP	☐ OEPI (Institucionalizado)



500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699 • www.bcbsri.com/medicare
Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Y0146_2027enrollformLI_C