

Formulario de selección de plan 2027

Sección 1: Información personal (escriba en letra de imprenta)

Número de identificación de miembro

Apellido

Nombre

Inicial segundo nombre
(opcional)

¿Ha cambiado su dirección recientemente? ☐ No ☐ Sí (en caso afirmativo, escriba la nueva dirección abajo)

Sección 2: Información de Medicaid (Requerida solo para miembros de BlueRI for Duals)

Para confirmar su elegibilidad para la cobertura de Medicare, la información a continuación es **necesaria** para procesar este formulario de su elección de plan:

Número de Seguro Social

¿Está experimentando inseguridad habitacional o falta de vivienda?
Inicial del segundo nombre (opcional) ☐ No ☐ Sí

Utilice su tarjeta "Anchor" de **Medicaid** de Rhode Island para completar esta sección:

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

Número de identificación de Medicaid (MID): _____

Sección 3: Escoja su plan médico ⁽¹⁾

Opciones de plan: Para cambiar su plan, marque la casilla de su elección de plan	Planes médicos y de medicamentos recetados		
	☐ BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)	☐ BlueCHiP for Medicare Enhanced (HMO-POS)	☐ BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS)
Prima Mensual	\$0	\$39	\$159
Visita a consultorio de médico de atención primaria	\$0	\$0	\$0
Visita a consultorio de especialista	\$0-\$50	\$0-\$40	\$0-\$35
Sala de emergencias	\$130	\$130	\$130
Hospitalización	\$458 por día, días 1-6	\$400 por día, días 1-6	\$325 por día, días 1-6
Máximo de gastos de su bolsillo (Dentro de la red)	\$6,750	\$6,750	\$6,000
Beneficio de punto de servicio (POS) fuera de la red	Coseguro de 40 % para la mayoría de los servicios cubiertos	Coseguro de 30 % para la mayoría de los servicios cubiertos	Coseguro de 20 % para la mayoría de los servicios cubiertos

Sección 3: Escoja su plan médico ⁽¹⁾ (Continúa)

Opciones de plan: Para cambiar su plan, marque la casilla de su elección de plan	Planes médicos y de medicamentos recetados		Únicamente plan médico
	☐ BlueRI for Duals (HMO D-SNP)	☐ BlueCHiP for Medicare Access (HMO-POS)	☐ BlueCHiP for Medicare Core (HMO)
Prima Mensual	\$0	\$31.30/\$0 ⁽²⁾	\$0
Visita a consultorio de médico de atención primaria	\$0	\$0	\$0
Visita a consultorio de especialista	\$0	\$0-\$35 ⁽³⁾	\$0-\$30
Sala de emergencias	\$0	\$130	\$130
Hospitalización	\$0	\$400/\$150 ⁽³⁾ por día, días 1-6	\$275 por día, días 1-6
Máximo de gastos a su cargo (Dentro de la red)	\$9,850	\$6,000	\$5,000
Beneficio de punto de servicio(POS) fuera de la red	No cubierto	Coseguro de 20 % para la mayoría de los servicios cubiertos	No cubierto

⁽¹⁾ Consulte su Evidencia de Cobertura para todos detalles de los beneficios.

⁽²⁾ Premium displayed es para miembros que califiquen por Ayuda Adicional, también conocido como subsidio por bajos ingresos

⁽³⁾ Puede ser elegible para costos compartidos más bajos, como parte de los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), si vive con una o más afecciones crónicas que cumplan con los requisitos, según la definición de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), incluidas, entre otras, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedades pulmonares crónicas, demencia, diabetes mellitus, fragilidad y riesgo de caídas; si recibe un subsidio por bajos ingresos (también llamado Ayuda Adicional); y si ha seleccionado a un proveedor de alto valor como su proveedor de atención primaria. La percepción de esta prestación no está determinada únicamente por su(s) enfermedad(es); deben cumplirse todos los criterios de elegibilidad pertinentes antes de que la prestación esté disponible para su uso. Consulte su prueba de cobertura para conocer todos los detalles.

Sección 4: Formatos alternativos

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.

1. 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

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

☐ Letra grande ☐ Braille ☐ CD de audio ☐ CD de datos

- 3 ¿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): _____

Sección 5: Opciones de pago

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito o cheque cada mes o trimestralmente. También puede optar por pagar mediante deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social o de la junta de jubilación de empleados ferroviarios.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría ayudar a pagar sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro.

Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a una penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre Ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame 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 califica para Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará todo o parte de la prima de su plan para este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una nueva opción de pago ni cancela su selección actual, su método de pago existente permanecerá vigente. Si no tiene una opción de pago registrada, continuará recibiendo una factura mensual.

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

1. Complete 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:

- El número de cuenta de 12 dígitos (12642814161) se encuentra en el campo de la ruta bancaria.
- El número de cheque (0123) se encuentra en el campo del número de cuenta bancaria.

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

Recibo beneficios mensuales ☐ 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 mensual ☐ Recibir una factura trimestral

Sección 6: Firme abajo

Quiero transferirme de mi plan actual al plan que he seleccionado en este formulario. Entiendo que, si realizo un cambio durante el Período anual de inscripción de medicare, mi plan entrará en vigor el 1 de enero de 2027. Si este formulario se recibe antes del final de cualquier mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigor el 1 del mes siguiente.

Firma del Inscrito: X _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba Y proporcionar la siguiente información a continuación:

Apellido	Nombre
Dirección	
Relación con el miembro	Número de teléfono

Envíe este formulario a:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Atn.: Medicare Membership Department
500 Exchange Street, Providence RI, 02903-2699

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 broker	Número Nacional de Productor (NPN) del broker/agente
Fecha de entrada en vigor de la cobertura ____/____/____ DD / MM / AAAA	Relación con el miembro	
☐ AEP	☐ SEP	☐ OEP
☐ 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_2027planchngform_C