

Formulario de solicitud de cambio de plan de Medicare individual para 2021

Sección 1: Proporcione su información personal (en letra de imprenta)

Número de miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)
----------	---------------	---------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente; se permiten apartados postales)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de facturación (solo si es diferente de la dirección postal)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de teléfono del domicilio ()	Número de teléfono celular ()
--------------------------------------	--------------------------------

Dirección de correo electrónico

Sección 2: Indique el nombre de su proveedor de atención primaria (PCP)*

Apellido	Primer nombre
----------	---------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Visita o ha visitado recientemente a este proveedor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Teléfono ()
---	-----------------------------	-----------------------------	--------------

* Para todos los planes BlueCHIP for Medicare, debe seleccionar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si está inscrito en nuestro plan BlueCHIP for Medicare Advance, debe seleccionar un PCP de la red de PCP de BlueCHIP for Medicare Advance. Si no selecciona un PCP, BCBSRI puede asignarle uno. HealthMate for Medicare (PPO) no le exige que seleccione un PCP.

Sección 3: Seleccione su plan médico

(Solo debe completar esta sección si cambia su plan o agrega BlueCHiP for Medicare Dental).

Deseo transferir mi plan actual al plan que he seleccionado a continuación. Comprendo que si se recibe este formulario antes de que finalice cualquier mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.

Opciones de planes: Si desea cambiar su plan, marque la casilla que se encuentra arriba de su elección de plan:	Planes médicos y de medicamentos con receta médica		
	<input type="checkbox"/> BlueCHiP for Medicare Advance (HMO)	<input type="checkbox"/> BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> BlueCHiP for Medicare Standard with Drugs (HMO)
Prima mensual:	\$0	\$0	\$61
Copago por visita al consultorio del PCP:	\$0	\$0 PCMH/ \$35 sin PCMH	\$0 PCMH/ \$20 sin PCMH
Copago por visita al consultorio del especialista:	\$35	\$30	\$35
Copago por visita a la sala de emergencias:	\$90	\$90	\$90
Copago por hospitalización:	\$375 por día para los días 1 a 5	\$360 por día para los días 1 a 5	\$290 por día para los días 1 a 5
Desembolso directo máximo dentro de la red:	\$5,000	\$5,000	\$4,500
Cobertura de medicamentos con receta médica:	\$2/\$9/\$47/\$100/29 % Farmacias minoristas preferidas \$10/\$17/\$47/\$100/29 % Farmacias minoristas estándares (\$200 de deducible para los niveles 3, 4, 5)	\$0/\$0/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas preferidas \$8/\$16/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas estándares (Sin deducible)	\$1/\$8/\$47/\$100/31 % Farmacias minoristas preferidas \$9/\$16/\$47/\$100/31 % Farmacias minoristas estándares (\$100 de deducible para los niveles 3, 4, 5)
Punto de servicio Beneficio fuera de la red:	Sin cobertura	20 % de coseguro para la mayoría de los servicios cubiertos	Sin cobertura
Punto de servicio Desembolso directo máximo:		\$5,000	

		Beneficios dentales		
Si desea agregar el anexo dental, marque la casilla correspondiente a la derecha.	<input type="checkbox"/> Tengo el anexo dental y quiero mantenerlo		Incluido en el plan médico	Incluido en el plan médico
	<input type="checkbox"/> No tengo el anexo dental y quiero agregarlo			
Prima mensual		\$19.60	\$0	\$0
Límite de cobertura por año calendario		\$1,000	\$1,000	\$1,500
Servicios preventivos		Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
Servicios integrales		Cobertura del 50 %	Cobertura del 50 %	Cobertura del 80 %
Planes médicos y de medicamentos con receta médica				Médico solamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BlueCHiP for Medicare Extra (HMO-POS)	BlueCHiP for Medicare Plus (HMO)	BlueCHiP for Medicare Preferred (HMO-POS)	BlueCHiP for Medicare Core (HMO)	
\$99	\$161	\$266	\$0	
\$0 PCMH/ \$10 sin PCMH	\$0 PCMH/ \$5 sin PCMH	\$0 PCMH/ \$5 sin PCMH	\$0 PCMH/ \$5 sin PCMH	
\$25	\$25	\$25	\$25	
\$90	\$75	\$75	\$90	
\$275 por día para los días 1 a 5	\$190 por día para los días 1 a 5	\$180 por día para los días 1 a 5	\$180 por día para los días 1 a 5	
\$4,125	\$2,800	\$2,250	\$3,500	
\$0/\$4/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas preferidas	\$3/\$6/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas preferidas	\$3/\$6/\$47/\$100/33 % Farmacia minorista preferida		Sin cobertura
\$8/\$12/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas estándares (Sin deducible)	\$11/\$14/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas estándares (Sin deducible)	\$11/\$14/\$47/\$100/33 % Farmacias minoristas estándares (Sin deducible) Brecha de cobertura de nivel 1 y 2		
20 % de coseguro para la mayoría de los servicios	Sin cobertura	20 % de coseguro para la mayoría de los servicios		Sin cobertura
\$5,000		\$5,000		

Beneficios dentales

Incluido en el plan médico	Incluido en el plan médico	Incluido en el plan médico	<input type="checkbox"/> Tengo el anexo dental y quiero mantenerlo <input type="checkbox"/> No tengo el anexo dental y quiero agregarlo
\$0	\$0	\$0	\$19.60
\$1,500	\$1,500	\$1,500	\$1,000
Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %	Cobertura del 50 %

Consulte su Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener detalles completos de los beneficios.

Sección 4: Pago de la prima del plan

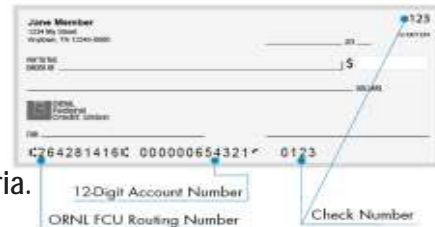
En el caso de los planes con prima, usted puede pagar la prima mensual del plan (incluso cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar) al seleccionar una de las opciones que se mencionan a continuación. Si elige un plan sin prima y determinamos que adeuda una penalidad por inscripción tardía (o si actualmente tiene una penalidad por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática mensual o trimestral de su cheque de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o del Seguro Social, o puede elegir una de las opciones que se mencionan a continuación.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro.

Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para obtener estos ahorros y no 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 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare, esta compañía pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

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



Opción 1: Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual de su cuenta bancaria.

1. Complete la información que se solicita a continuación:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Cuenta Cuenta de ahorros

2. Adjunte un cheque nulo a este formulario. Escriba "NULO" en el cheque en blanco de la cuenta desde la que le gustaría que descuenten los pagos de transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). NO envíe una boleta de depósito, cheque en blanco o cheque cancelado.

Opción 2: Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) o del Seguro Social.

Obtengo beneficios mensuales de los siguientes servicios: Seguro Social RRB

La deducción del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) puede tardar dos meses o más en iniciarse una vez que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. 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 vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.

Opción 3: Factura directa

Seleccione una opción de pago de la prima:

Recibir una factura mensualmente

Recibir una factura trimestralmente

Sección 5: Raza/Origen étnico y formatos alternativos *(esta sección es opcional)*

1. Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español
- Portugués

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

- Letra grande
- Braille
- CD de audio

3. ¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense o nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> De otro país de Asia | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Portugués |

4. ¿Usted es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Sección 6: Firme a continuación

Llame al equipo de Consejería de Medicare al 1-800-267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados desde las 8:00 a. m. hasta el mediodía. Puede usar nuestro sistema de respuesta automática fuera de este horario.

Deseo transferir mi plan actual al plan que he seleccionado en este formulario. Comprendo que si realizo el cambio como parte del período anual de inscripción de Medicare y no tengo una elección especial, mi nuevo plan entrará en vigencia el 1 de enero de 2021. Si tengo una elección especial y se recibe este formulario antes de que finalice cualquier mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____



Si usted es el miembro, asegúrese de haber firmado arriba.

Si usted firma en nombre del miembro, firme arriba Y complete la sección del representante autorizado a continuación.

Apellido	Primer nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el miembro	Número de teléfono ()	

Envíe este formulario por correo a:

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

Solo para uso interno – Debe ser completado por el agente

<input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> SEP (cambio de condado) <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> OEPI (institucionalizado)	
Firma del agente de ventas (si ayudó en la inscripción)	Fecha de recepción por parte del agente
Nombre del agente de ventas en letra de imprenta	N.º de identificación del agente de seguros
Fecha de vigencia de cambio de plan / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)	

500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699 • www.bcbsri.com/medicare

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.



08/20 BMED-438351