

Obrigado por escolher um Plano Medicare Advantage



2021 Formulário de Pedido de Alteração de Plano Medicare Individual



Secção 1 – Verifique o plano ao qual pretende aderir

Planos Médicos e de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Advance (HMO): \$0 por mês	<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Advance (HMO) com plano dentário suplementar adicional: \$19,60 por mês
<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Value (HMO-POS) \$0 por mês	<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Standard com medicamentos (HMO) \$61 por mês
<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Extra (HMO-POS) \$99 por mês	<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Plus (HMO) \$161 por mês
<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Preferred (HMO-POS) \$266 por mês	<input type="checkbox"/> HealthMate for Medicare (PPO): \$110 por mês
Apenas plano médico <input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Core (HMO): \$0 por mês	<input type="checkbox"/> BlueCHIP for Medicare Core (HMO) com plano dentário suplementar adicional: \$19,60 por mês

Secção 2 – Facultar informação pessoal (Letra de imprensa)

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Ms.	Sobrenome	Nome	Inicial(ais) do meio (opcional)
---	-----------	------	---------------------------------

Data de nascimento ____/____/____ MM / DD / AAAA Sexo M F

Número de telefone de casa () Número de telemóvel (opcional) ()

Endereço da residência permanente (Não é permitido um apartado)

Cidade Estado Código postal

Endereço para envio de correspondência (apenas se diferente do endereço de residência permanente – apartado permitido)

Cidade Estado Código postal

Endereço de faturação (apenas se diferente do endereço para envio de correspondência)

Cidade Estado Código postal

Endereço de e-mail

Contacto de emergência _____

Número de telefone (_____) _____ Relação consigo _____

Caso queira seleccionar um designado/representante pessoal, preencha o Formulário de Designado, que irá receber no seu kit de Boas-Vindas.

Secção 3 – Facultar o nome do prestador de cuidados primários (Primary Care Provider, PCP)*

Sobrenome		Nome	
Morada			
Cidade		Estado	Código postal
Está a consultar ou consultou recentemente este prestador?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Telefone ()

* Para todos os planos BlueCHIP for Medicare, é obrigatório seleccionar um prestador de cuidados primários (PCP). Se estiver inscrito no nosso plano BlueCHIP for Medicare Advance, tem de seleccionar um PCP da rede de PCP do plano BlueCHIP for Medicare Advance. Se não seleccionar um PCP, o BCBSRI poderá atribuir-lhe um. O HealthMate for Medicare (PPO) não obriga à seleção de um PCP.

Secção 4 – Facultar informação sobre o seu seguro Medicare

Utilize o cartão Medicare vermelho, branco e azul para preencher esta secção.

- Preencha esta informação conforme aparece no seu cartão Medicare.
-OU-
- Anexe uma cópia do seu cartão Medicare ou da sua carta da Segurança Social ou do Conselho de Aposentações dos Caminhos de Ferro (Railroad Retirement Board, RRB).

Nome (conforme aparece no seu cartão Medicare): _____	
Número Medicare: _____	
Tem direito a:	Data de entrada em vigor:
HOSPITAL (Parte A) _____	_____
MEDICAL (Parte B) _____	_____
Tem de ter o Medicare Parte A e Parte B para aderir ao plano Medicare Advantage.	

Secção 5 – Ler e responder as estas perguntas importantes

1. Alguns indivíduos podem ter outra cobertura de medicamentos, incluindo outros seguros privados, TRICARE, cobertura de benefícios de saúde de funcionários federais, benefícios VA, ou programas estatais de assistência farmacêutica. Sim Não

Se disse "sim", liste o(s) seu(s) número(s) de cobertura e de identificação para esta cobertura:

Nome da cobertura: _____

N.º de ID para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

2. É residente numa unidade cuidados continuados, como um lar de terceira idade? Sim Não

Se disse "sim", forneça as seguintes informações:

Nome da instituição: _____

Morada da instituição: _____

Número de telefone da instituição: _____

3. Está inscrito no seu programa Medicaid estadual? Sim Não

Se disse "sim", forneça o seu número Medicaid: _____

4. **Opcional:** Selecione uma opção se pretender que lhe enviemos informações noutra idioma que não o inglês.

- Espanhol
 Português

5. **Opcional:** Selecione uma opção se pretender que lhe enviemos informações num formato acessível.

- Caracteres grandes
 Braille
 CD áudio

6. **Opcional:** Qual é a sua raça? Selecione todas as que se aplicam.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucasiana | <input type="checkbox"/> Negra ou afroamericana | <input type="checkbox"/> Índio-americana ou nativo do Alasca |
| <input type="checkbox"/> Indiana | <input type="checkbox"/> Chinesa | <input type="checkbox"/> Filipina |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Asiática (outra) | <input type="checkbox"/> Nativo do Havai | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Guam ou Chamorro | <input type="checkbox"/> Outra ilha do Pacífico | <input type="checkbox"/> Portuguesa |

- Opto por não responder.

7. **Opcional:** É de origem hispânica, latina ou castelhana? Selecione todas as que se aplicam.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não, não sou de origem hispânica, latina ou castelhana | <input type="checkbox"/> Sim, mexicana, americana-mexicana, chicano(a) |
| <input type="checkbox"/> Sim, porto-riquenha | <input type="checkbox"/> Sim, cubana |
| <input type="checkbox"/> Sim, de outra origem hispânica, latina ou castelhana | |
| <input type="checkbox"/> Opto por não responder | |

8. **Opcional:**

Você trabalha? Sim Não O(A) esposo(a) trabalha? Sim Não

Contacte a Equipa de Atendimento Medicare pelo número 1-800-267-0439 se precisar de informações num formato *acessível* ou *outro* idioma que não os listados acima. A Equipa de Atendimento da Medicare está disponível de 1 de outubro a 31 de março, sete dias por semana, das 8h00 às 20h00; de 1 de abril a 30 setembro, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00; sábados, das 8h00 às 12h00. Fora destas horas está disponível um sistema de atendimento automático. Os utilizadores de TTY devem ligar 711.

Secção 6 – Elegibilidade para um período de inscrição

Habitualmente, poderia fazer a inscrição num plano Medicare Advantage apenas durante o período de inscrição anual de 15 de outubro a 7 de dezembro de cada ano. Existem exceções que podem permitir a inscrição num plano Medicare Advantage fora deste período.

Leia as afirmações seguintes atentamente e selecione o quadrado caso a afirmação se aplique a si. Ao selecionar qualquer um dos quadrados seguintes está a garantir que, tanto quanto é do seu conhecimento, é elegível para um Período de Inscrição. Se mais tarde determinarmos que esta informação não está correta, a sua inscrição poderá ser anulada.

<input type="checkbox"/> Sou novo na Medicare.	<input type="checkbox"/> Saí recentemente de um programa PACE em ____/____/____. (inserir data)
<input type="checkbox"/> Estou inscrito num plano Medicare Advantage e quero fazer uma alteração durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage (MA OEP).	<input type="checkbox"/> Recentemente perdi de forma involuntária a minha cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica (cobertura comparável com a da Medicare). Perdi a minha cobertura para medicamentos a ____/____/____. (inserir data)
<input type="checkbox"/> Recentemente mudei-me para fora da área de serviço do meu plano atual ou mudei-me recentemente e este plano é uma nova opção para mim. Mudei-me em ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> Estou a sair de uma cobertura da entidade patronal ou sindicato a ____/____/____. (inserir data)
<input type="checkbox"/> Saí recentemente da prisão. Saí em ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> Pertencço a programa de assistência de farmácia fornecido pelo meu estado.
<input type="checkbox"/> Regressei recentemente aos Estados Unidos após ter vivido de forma permanente fora dos Estados Unidos. Regressei aos Estados Unidos a ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> O meu plano está a terminar o contrato com a Medicare ou a Medicare vai terminar o contrato com o meu plano.
<input type="checkbox"/> Obtive recentemente o estatuto de presença legal nos Estados Unidos. Obtive este estado em ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> Fui inscrito num plano pela Medicare (ou pelo meu estado) e quero escolher um plano diferente. A minha inscrição nesse plano começou em ____/____/____. (inserir data)

<input type="checkbox"/> Tive uma alteração recente no Medicaid (tenho Medicaid há pouco tempo, tive uma alteração no nível de assistência Medicaid ou perdi a Medicaid) em ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> Estive inscrito num Plano de Necessidades Especiais (SNP), mas perdi a qualificação de necessidades especiais para estar nesse plano. A minha inscrição no SNP terminou em ____/____/____. (inserir data)
<input type="checkbox"/> Tive uma alteração recente no meu pagamento de Ajuda Suplementar para a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare (tenho a Ajuda Suplementar há pouco tempo, tive uma alteração no nível da Ajuda Suplementar ou perdi a Ajuda Suplementar) em ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> Fui afetado por uma emergência relacionada com o clima ou uma grande catástrofe conforme declarado pela Agência Federal de Gestão de Emergências (Federal Emergency Management Agency, FEMA), a entidade governamental estadual ou local. Uma das outras afirmações aqui aplica-se a mim, mas não consegui fazer a inscrição por causa da catástrofe natural.
<input type="checkbox"/> Tenho Medicare e Medicaid (ou o meu Estado ajuda-me a pagar os prémios do Medicare) ou recebo pagamento de Extra Help (ajuda suplementar) para a minha cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare, mas não sofri alterações.	<input type="checkbox"/> Estou inscrito num plano que foi identificado pelo CMS como tendo mau desempenho à data de ____/____/____. (inserir data)
<input type="checkbox"/> Vou mudar-me, vivo ou saí recentemente de uma unidade de cuidados continuados (por exemplo, um lar de terceira idade ou unidade de cuidados continuados). Mudei-me/irei mudar-me para/saí da unidade em ____/____/____. (inserir data)	<input type="checkbox"/> Estou inscrito num plano que está sob administração judicial em ____/____/____. (inserir data)

Período de inscrição anual (AEP) – Inscrições de 15 de outubro a 7 de dezembro, em vigor a 1 de janeiro.

Se nenhuma destas afirmações se aplica a si ou se não tem a certeza, contacte a Equipa de Assistência da Medicare pelo número **1-800-505-2583** (Os utilizadores de TTY devem ligar 711) para confirmar se é elegível para inscrição.) sete dias por semana de 1 de outubro a 31 de março, das 8:00 h às 20:00 h. De 1 de abril a 30 de setembro, pode ligar de segunda a sexta-feira, das 8:00 h às 20:00 h; aos sábados, das 8:00 h às 12:00 h. Fora destas horas pode usar o nosso sistema de atendimento automático de chamadas.



Leia esta informação importante

Caso tenha atualmente cobertura de saúde para um empregador ou sindicato, aderir ao BlueCHIP for Medicare ou HealthMate for Medicare poderá afetar os seus benefícios de saúde do empregador ou sindicato. Poderá perder a sua cobertura de saúde do seu empregador ou sindicato caso adira ao BlueCHIP for Medicare ou HealthMate for Medicare. Leia as comunicações que o seu empregador ou sindicato lhe envia. Caso tenha dúvidas, visite o website, ou contacte o balcão indicado nas comunicações deles. Caso não haja qualquer informação de quem deve contactar, o seu administrador de benefícios ou o balcão que responde a perguntas sobre a sua cobertura pode ajudar.

Secção 7 –Pagar o Prémio do seu Plano

Poderá pagar o seu prémio de plano mensal (incluindo qualquer penalização de adesão tardia que eventualmente possa estar em aberto) por correio ou por Transferência Eletrónica de Fundos (Electronic Funds Transfer, EFT) mensalmente ou trimestralmente. **Também poderá optar por pagar o seu prémio mensalmente por dedução automática do seu benefício da Segurança Social ou Conselho de Aposentações dos Caminhos de Ferro (Railroad Retirement Board, RRB).** Se optar por um plano sem prémio, mas tiver um período de inscrição tardio ou optar por um plano suplementar opcional, também pode escolher uma destas opções de pagamento.

Se tiver um Montante de Ajuste Mensal Relacionado com os Rendimentos Parte D (Part D-IRMAA), tem de pagar este montante suplementar além do plano do prémio. O montante é normalmente deduzido do seu benefício da Segurança Social, ou poderá receber uma fatura da Medicare (ou do RRB). **NÃO** pague o Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island para a Part D-IRMAA.

Se não seleccionar uma opção de pagamento, irá receber uma conta todos os meses.

Opção 1 – Transferência eletrónica (EFT) da sua conta bancária todos os meses.

1. Preencha a informação abaixo:

Nome do titular da conta:

Número de identificação bancária:

Número de conta bancária:

Tipo de conta: Conta corrente Conta poupança

2. **Anexar um cheque anulado a este formulário.** Escreva "VOID" ("ANULADO") no cheque da sua conta de onde pretende realizar os pagamentos por transferência eletrónica. **NÃO** envie um comprovante de depósito, cheque em branco ou cheque cancelado.

Opção 2 – Dedução automática do seu cheque de subsídio mensal da Segurança Social/Conselho de Aposentações dos Caminhos de Ferro (Railroad Retirement Board, RRB).

Recebo benefícios mensais de: Segurança social

RRB

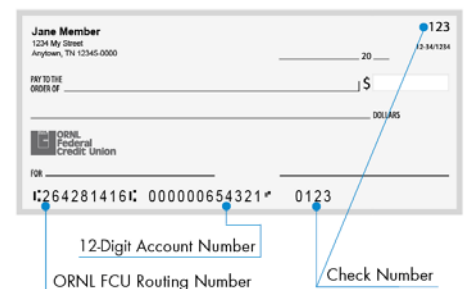
A dedução da Segurança Social ou RRB poderá demorar dois ou mais meses a começar depois de a Segurança Social ou o RRB aprovar a dedução. Na maioria dos casos, se a Segurança Social ou RRB aceitar o seu pedido de dedução automática, a primeira dedução do seu cheque de subsídio da Segurança Social ou RRB irá incluir todos os prémios devidos desde a data de entrada em vigor da sua adesão até ao momento em que começar a retenção. Se a Segurança Social ou o RRB não aprovar o seu pedido de dedução automática, enviar-lhe-emos uma carta de cobrança para os seus prémios mensais.

Opção 3 – Fatura direta

Selecione uma opção de pagamento do prémio:

Receber uma fatura mensal

Receber uma fatura trimestral



Secção 8 – IMPORTANTE: Leia e assine em baixo:

- Tenho de manter Hospital (Parte A) e Medical (Parte B) para manter o BlueCHIP for Medicare e o HealthMate for Medicare.
- Ao aderir a este plano Medicare Advantage, confirmo que o BlueCHIP for Medicare e o HealthMate for Medicare irão partilhar as minhas informações com a Medicare, que poderá utilizá-las para monitorizar a minha inscrição, fazer pagamentos e para outros fins permitidos ao abrigo da legislação federal que autoriza a recolha destas informações (consultar a Lei de privacidade abaixo).
- A sua resposta a este formulário é voluntária. No entanto, não responder poderá afetar a sua inscrição no plano.
- Tanto quanto é do meu conhecimento, a informação neste formulário de adesão está correta. Compreendo que se intencionalmente prestar falsas informações neste formulário, será cancelada a minha subscrição deste plano.
- Compreendo que as pessoas com Medicare habitualmente não são cobertas pela Medicare enquanto estão fora do país, salvo uma cobertura limitada perto da fronteira com os EUA.
- Compreendo que quando a minha cobertura BlueCHIP for Medicare e HealthMate for Medicare começar, tenho de receber todos os meus benefícios médicos e de medicamentos sujeitos a receita médica do BlueCHIP for Medicare e do HealthMate for Medicare. Os benefícios e serviços prestados pelo BlueCHIP for Medicare e HealthMate for Medicare e incluídos no meu documento “Prova de Cobertura” de BlueCHIP for Medicare e HealthMate for Medicare (também conhecido como contrato de beneficiário ou acordo de aderente) serão cobertos. Nem a Medicare nem o BlueCHIP for Medicare ou o HealthMate for Medicare irão pagar por benefícios e serviços que não estejam abrangidos.
- Compreendo que a minha assinatura (ou a assinatura da pessoa legalmente autorizada para agir em meu nome) neste pedido significa que li e compreendi o conteúdo deste pedido. Se assinado por um representante autorizado (conforme descrito acima), esta assinatura garante que:
 1. Esta pessoa está autorizada segundo a lei estadual a preencher este pedido de inscrição e
 2. Que a documentação desta autoridade está disponível sob pedido através da Medicare.

Assinatura: _____ Data de hoje: _____



Se é beneficiário, certifique-se de que assina acima.

Se está a assinar em nome do beneficiário, assine acima E preencha a secção de representante legal.

Se é o representante autorizado, assine acima e preencha os seguintes campos:

Sobrenome	Nome	
Morada		
Cidade	Estado	Código postal
Relação com o beneficiário	Número de telefone ()	

Parabéns! Preencheu o Formulário de Pedido de Inscrição no Plano Medicare. Lembre-se, tem de assinar onde está indicado e devolver as 8 páginas. Obrigado.

Apenas para uso interno – A preencher pelo agente

<input type="checkbox"/> AEP	<input type="checkbox"/> ICEP	<input type="checkbox"/> OEP
<input type="checkbox"/> SEP	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> OEPI (Institucionalizado)
<input type="checkbox"/> Outro SEP (Motivo de SEP): _____		
Assinatura do agente de vendas (em caso de assistência na adesão)	Data de receção pelo agente	
Nome do agente de vendas em letra de imprensa	N.º de ID do corretor	
	Data de entrada em vigor da cobertura ____/____/____. MM / DD / AAAA	

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



Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island é uma licenciada independente da Blue Cross and Blue Shield Association.

08/20 BMED-432918P