

2021 Formulário de Pedido de Alteração de Plano Medicare Individual

Secção 1 – Facultar informação pessoal (Letra de imprensa)

Número de beneficiário

Sobrenome	Nome	Inicial(ais) do meio (opcional)
-----------	------	---------------------------------

Endereço da residência permanente (Não é permitido um apartamento)

Cidade	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

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

Cidade	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

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

Cidade	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de telefone de casa ()	Número de telemóvel ()
--------------------------------	-------------------------

Endereço de e-mail

Secção 2 – 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 está 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 3 – Escolha o Seu Plano Médico

(Apenas tem de preencher esta secção se estiver a fazer uma alteração de plano ou a acrescentar o BlueCHIP for Medicare

Quero transferir do meu plano atual para o plano que seleccionei abaixo. Compreendo que se este formulário for rececionado até ao fim de qualquer mês, normalmente, o novo plano entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte.

Opções do plano: Se quiser mudar de plano, seleccione o quadrado acima da opção do plano:	Planos Médicos e de Medicamentos Sujeitos a Receita 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)
Prémio mensal:	\$0	\$0	\$61
Comparticipação por consulta em consultório de PCP:	\$0	\$0 PCMH/ \$35 não PCMH	\$0 PCMH/ \$20 não PCMH
Copagamento por consulta em consultório de especialista:	\$35	\$30	\$35
Copagamento para serviço de urgência:	\$90	\$90	\$90
Copagamento para internamento hospitalar:	\$375 por dia; dias 1-5	\$360 por dia; dias 1-5	\$290 por dia; dias 1-5
Desembolso máximo na rede:	\$5,000	\$5,000	\$4,500
Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica:	\$2/\$9/\$47/\$100/29% revendedores preferenciais \$10/\$17/\$47/\$100/29% revendedores standard (\$200 de franquia para Escalões 3,4,5)	\$0/\$0/\$47/\$100/33% revendedores preferenciais \$8/\$16/\$47/\$100/33% revendedores standard (Sem franquia)	\$1/\$8/\$47/\$100/31% revendedores preferenciais \$9/\$16/\$47/\$100/31% revendedores standard (\$100 de franquia para Escalões 3,4,5)
Benefício das prestações de serviço fora da rede:	Sem cobertura	20% de cosseguro para a maior parte dos serviços abrangidos	Sem cobertura
Desembolso máximo das prestações de serviço:		\$5,000	

Se quiser acrescentar o plano dentário, selecione o quadrado aplicável à direita.	Benefícios dentários		
	<input type="checkbox"/> Tenho o plano dentário e quero mantê-lo <input type="checkbox"/> Não tenho o plano dentário e quero adicioná-lo	Incluído no plano médico	Incluído no plano médico
Prémio mensal	\$19,60	\$0	\$0
Limite de cobertura por ano civil	\$1,000	\$1,000	\$1,500
Serviços preventivos	Cobertos a 100%	Cobertos a 100%	Cobertos a 100%
Serviços abrangentes	Cobertos a 50%	Cobertos a 50%	Cobertos a 80%
Planos Médicos e de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica			Apenas médico
<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 não PCMH	\$0 PCMH/ \$5 não PCMH	\$0 PCMH/ \$5 não PCMH	\$0 PCMH/ \$5 não PCMH
\$25	\$25	\$25	\$25
\$90	\$75	\$75	\$90
\$275 por dia; dias 1-5	\$190 por dia; dias 1-5	\$180 por dia; dias 1-5	\$180 por dia; dias 1-5
\$4,125	\$2.800	\$2.250	\$3.500
\$0/\$4/\$47/\$100/33% revendedores preferenciais \$8/\$12/\$47/\$100/33% revendedores standard (Sem franquia)	\$3/\$6/\$47/\$100/33% revendedores preferenciais \$11/\$14/\$47/\$100/33% revendedores standard (Sem franquia)	\$3/\$6/\$47/\$100/33% revendedores preferenciais \$11/\$14/\$47/\$100/33% revendedores standard (Sem franquia) Hiato de cobertura do Escalaõ 1 e 2	Sem cobertura
20% de cosseguro para a maior parte dos serviços abrangidos	Sem cobertura	20% de cosseguro para a maior parte dos serviços abrangidos	Sem cobertura
\$5,000		\$5,000	

Benefícios dentários

Incluído no plano médico	Incluído no plano médico	Incluído no plano médico	<input type="checkbox"/> Tenho o plano dentário e quero mantê-lo <input type="checkbox"/> Não tenho o plano dentário e quero adicioná-
\$0	\$0	\$0	\$19,60
\$1,500	\$1,500	\$1,500	\$1,000
Cobertos a 100%	Cobertos a 100%	Cobertos a 100%	Cobertos a 100%
Cobertos a 100%	Cobertos a 100%	Cobertos a 100%	Cobertos a 50%

Consulte a sua Prova de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para ver os detalhes completos.

Secção 4 – Pagar o Prémio do seu Plano

Para planos com prémio, pode pagar o seu prémio mensal (incluindo qualquer penalização de subscrição tardia que esteja a dever ou possa dever) selecionando uma das opções de pagamento abaixo. Se escolher um plano sem prémio, e determinarmos que deve uma penalização de adesão tardia (ou se atualmente tiver uma penalização de adesão tardia), temos de saber como prefere pagar. Poderá optar por pagar o seu prémio por dedução automática do seu cheque de subsídio da Segurança Social ou Conselho de Aposentações dos Caminhos de Ferro (Railroad Retirement Board, RRB) todos os meses, a cada trimestre ou pode optar pelas opções abaixo.

As pessoas com rendimentos limitados poderão qualificar-se para Extra Help (ajuda suplementar) para pagamento dos seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica. Se for elegível, a Medicare poderá pagar 75% ou mais dos seus custos com medicamentos incluindo prémios mensais de medicamentos sujeitos a receita médica, franquias anuais e cosseguro.

Além disso, as pessoas que se qualificarem não estarão sujeitas ao hiato de cobertura ou a uma penalização de adesão tardia. Muitas pessoas são elegíveis para estas poupanças e nem o sabem. Para mais informações sobre Extra Help, contacte o seu balcão da Segurança Social local, ou contacte a Segurança Social pelo número 1-800-772-1213. Os utilizadores de TTY devem ligar 1-800-325-0778. Também pode candidatar-se a Extra Help online em www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Se se qualificar para Extra Help com os seus custos de cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Medicare, a Medicare irá pagar o prémio do seu plano, parcialmente ou na totalidade. Se a Medicare pagar apenas uma porção deste prémio, iremos cobrar-lhe apenas o montante que a Medicare não cobrir.

Se não selecionar uma opção de pagamento, irá receber uma fatura de cobrança todos os meses.

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

1. Preencha a informação abaixo:

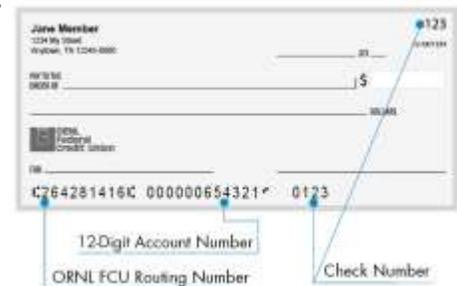
Nome do titular da conta: _____

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 Segurança 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 5 – Raça/etnia e formatos alternativos *(Esta secção é opcional)*

1. Selecione uma opção se pretender que lhe enviemos informações noutra idioma que não o inglês.

- Espanhol
- Português

2. Selecione uma opção se pretender que lhe enviemos informações num formato acessível.

- Caracteres grandes
- Braille
- CD áudio

3. 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 |

4. 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 | |

Secção 6 – Assinar abaixo

Contacte a sua Equipa de Atendimento da Medicare através do 1-800-267-0439 (os utilizadores de TTY devem ligar para 711), 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.

Quero transferir o meu plano atual para o plano que selecionei neste formulário. Compreendo que se fizer a alteração como parte do Período de Adesão Anual Medicare e não tiver um Período de Eleição Especial, o meu novo plano irá entrar em vigor a 1 de janeiro de 2021. Se tiver um Período de Eleição Especial e este formulário for recebido até ao fim de qualquer mês, o meu novo plano irá, de uma forma geral, entrar em vigor no primeiro dia do mês seguinte.

Assinatura: _____ Data de hoje: _____



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

Se está a assinar em nome de um beneficiário, assine acima e preencha a secção de representante autorizado abaixo.

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

Envie este formulário por correio para:
Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Attn: Medicare Membership Department
500 Exchange Street
Providence, RI 02903-2699

Apenas para uso interno – A preencher pelo agente

<input type="checkbox"/> AEP	<input type="checkbox"/> SEP	<input type="checkbox"/> SEP (Alteração de condado)	<input type="checkbox"/> OEP	<input type="checkbox"/> OEPI (Institucionalizado)
Assinatura do agente de vendas (em caso de assistência na adesão)		Data de recepção pelo agente		
Nome do agente de vendas em letra de imprensa		N.º de ID do corretor		
Alteração da data em vigor do plano ____ / ____ / ____ (MM / DD / AAAA)				

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



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

08/20 BMED-438351P