

Formulario de inscripción individual del Plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP) de Blue MedicareRxSM 2021

Opciones sencillas de inscripción:



Inscríbase en línea en **YourAZMedicareSolutions.com**



Llame a los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions: **1-833-229-3593** (TTY: **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

- Del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana
- Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes



Comuníquese con su representante de ventas autorizado



Complete el formulario de inscripción y envíelo por correo a:
Blue MedicareRx (PDP) Arizona
P.O. Box 3777
Scranton, PA 18505

¿Tiene preguntas? Consulte el Resumen de beneficios incluido en su Kit de inscripción de Blue MedicareRx 2021 o llame a los especialistas de Medicare Solutions al número que figura arriba o su representante de ventas autorizado.

Formulario de inscripción individual del Plan de medicamentos con receta Blue MedicareRx de Medicare

Comuníquese con Blue MedicareRx si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Blue MedicareRx, proporcione la siguiente información.

A. Información personal (letra de imprenta legible)

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Sr. Sra. Srta.

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento:

M	M	D	D	A	A	A	A

Número de teléfono particular:

() -

Número de teléfono alternativo (opcional):

() -

Dirección de correo electrónico:

Domicilio permanente (**no se aceptan casillas postales**):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (solo si es diferente del domicilio permanente):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

B. Inscribirme en

Blue MedicareRx: Value \$31.50 Essential \$39.50 Enhanced \$105.50

C. Proporcione su información de seguro de Medicare

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.

-O BIEN-

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (como figura en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA):

HOSPITAL (Parte A)

--	--	--	--	--	--	--	--

MÉDICO (Parte B)

--	--	--	--	--	--	--	--

Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Nombre de la persona inscrita: _____

E. Determinación del período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare solo durante el período de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare fuera del período de inscripción anual. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción. **Nota: La elección de las fechas de entrada en vigencia solo se permite en determinadas situaciones de inscripción identificadas a continuación.** En todos los demás casos, o si no especifica una fecha de entrada en vigencia, la fecha de entrada en vigencia será el primer día del mes después de que el plan recibió su formulario.

SI LA DECLARACIÓN QUE SELECCIONA EXIGE UNA FECHA, UTILICE EL SIGUIENTE FORMATO:

M M D D A A A A

- Me inscribiré durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre con una fecha de entrada en vigencia del 1 de enero de 2021. (Nota: La solicitud de inscripción se debe recibir antes del 7 de diciembre para que la inscripción entre en vigencia el 1 de enero).
- Soy nuevo en Medicare. Mi fecha de entrada en vigencia de la Parte A de Medicare es y mi fecha de entrada en vigencia de la Parte B de Medicare es .

ME VOY A MUDAR O ME MUDÉ

- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé en la siguiente fecha: . La fecha de entrada en vigencia solicitada es (no puede ser anterior a la fecha de su mudanza).
- Vivo en un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, una residencia para adultos mayores o un centro de atención a largo plazo) o me mudé recientemente a uno. Me mudé/me mudaré al o del centro en la siguiente fecha: .
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a Estados Unidos en la siguiente fecha: .

PERDÍ O VOY A PERDER MI COBERTURA

- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare) o se me notificó la pérdida (lo que ocurra después). Perdí mi cobertura de medicamentos en la siguiente fecha: . La fecha de entrada en vigencia solicitada es .
- Mi inscripción en un plan de necesidades especiales se cancelará porque mi afección no reúne los requisitos para el plan a partir de la siguiente fecha: .
- Mi inscripción en mi plan actual se cancelará debido a que no se renueva a partir de la siguiente fecha: . (Nota: El período de inscripción para esto va del 8 de diciembre al 28 de febrero. Las inscripciones recibidas en diciembre, enero o febrero entran en vigencia el primer día del mes siguiente).

Nombre de la persona inscrita: _____

Mi inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage se canceló debido a la pérdida de la Parte B, pero sigo teniendo derecho a la Parte A a partir de la siguiente fecha:

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Dejaré la cobertura del empleador o sindicato en la siguiente fecha:
La fecha de entrada en vigencia solicitada es

Dejaré mi plan Medicare Advantage dentro de los 12 meses de mi inscripción inicial en un período de inscripción especial para regresar a un plan Medigap (Seguro complementario de Medicare) a partir de la siguiente fecha:

AYUDA ADICIONAL

Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) en la siguiente fecha:

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en la siguiente fecha:

OTROS MOTIVOS

Recientemente me otorgaron el estado de presencia legal en Estados Unidos. Recibí este estado en la siguiente fecha:

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, pero quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en la siguiente fecha:

Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre grave (como declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones que figuran aquí se aplicó a mi caso, pero no pude completar mi inscripción debido al desastre natural.

Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron en la siguiente fecha:

Otro período de inscripción especial no identificado arriba. _____

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions al número que figura en la portada de este formulario para saber si reúne los requisitos para inscribirse.

Nombre de la persona inscrita: _____

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente o en un formato accesible:

Español Otros formatos (p. ej., braille, grabación de audio o letra grande)

Comuníquese con Blue MedicareRx al número que figura en la portada de este formulario si necesita información en un formato accesible o un idioma que no figura en la lista anterior.

F. Responda las siguientes preguntas para ayudar a Medicare a coordinar sus beneficios

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas de asistencia farmacéutica del estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos **con receta** además de Blue MedicareRx? Sí No

Si la respuesta es "Sí", enumere sus otras coberturas y su número de identificación (ID) para esta cobertura.

Nombre de la otra cobertura:	Número de identificación para esta cobertura:	Número grupal para esta cobertura:
_____	_____	_____

2. ¿Es residente de un centro de cuidado a largo plazo, como una residencia para adultos mayores? Sí No
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

G. Firme a continuación

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud, incluida la información de las Secciones H e I. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible a través de Medicare, previa solicitud.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Le otorgo permiso al agente autorizado identificado anteriormente a que ingrese mi formulario de inscripción en línea en **YourAZMedicareSolutions.com**.

Solo para uso del representante autorizado

Si usted es el **representante autorizado**, **DEBE** firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre (en letra de imprenta): _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Quiero recibir toda comunicación que se envíe por correo a este miembro.

Nombre de la persona inscrita: _____

Solo para uso del agente

Nombre del agente de seguro certificado (en letra imprenta): _____

Agente de seguro de registro n.º: _____

Agente de seguro del registro (en letra de imprenta): _____

(Ingrese el nombre de la entidad o persona que tiene contrato con BCBSAZ).

- Verifique si la persona inscrita envió este formulario de inscripción **completo** con su firma. Este formulario en papel se debe enviar mediante uno de los métodos que figuran a continuación en el plazo de los **dos (2) días calendario** a partir de la fecha de su recepción. Firme y coloque la fecha a continuación cuando usted reciba el formulario del beneficiario.

Firma del agente de seguro: _____

Fecha de recepción del formulario: _____ Número de teléfono: (____) _____

Marque el método de envío seleccionado e introduzca la información correspondiente:

- El documento se envió mediante la solicitud en línea. Ingrese el número de confirmación en línea:

- La solicitud se envió por fax. Ingrese la fecha de envío por fax (conservar la hoja de confirmación del fax): _____

- La solicitud se envió al día siguiente. No olvide seleccionar la recepción de un día para el otro.

H. Haga una pausa: lea esta información importante

Si es miembro de un plan Medicare Advantage (HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos con receta de su plan Medicare Advantage que satisfará sus necesidades. Si se inscribe en Blue MedicareRx, es posible que su membresía en el plan Medicare Advantage finalice. Esto afectará tanto su cobertura de médicos y de hospitales, como su cobertura de medicamentos con receta. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene dudas, comuníquese con su plan.

Si posee actualmente una cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Blue MedicareRx podría perjudicar sus beneficios de salud de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Blue MedicareRx, podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no aparece ninguna información sobre la persona con la que debería comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Nombre de la persona inscrita: _____

I. Autorización de inscripción: al completar la presente solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Después de leer minuciosamente todas las declaraciones de esta sección, firme la Sección I de este formulario. Conserve la copia denominada "Persona inscrita" para sus registros.

1. Blue MedicareRx es un plan de medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos con receta es adicional a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, deberé conservar mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Soy responsable de informar a Blue MedicareRx sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Solo puedo estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare por vez; si actualmente soy parte de un plan de medicamentos con receta de Medicare, mi inscripción en Blue MedicareRx finalizará dicha inscripción.
2. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez inscrito/a, puedo dejar este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, generalmente durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que reúna los requisitos para determinadas circunstancias especiales.
3. Blue MedicareRx proporciona sus servicios en un área de servicios específica. Si me mudo del área en la que Blue MedicareRx proporciona sus servicios, debo notificar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar las farmacias de la red, excepto en caso de emergencia cuando no pueda usar razonablemente las farmacias de la red de Blue MedicareRx. Una vez que sea miembro de Blue MedicareRx, tengo derecho a presentar una apelación sobre las decisiones del plan con respecto a los pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento de la Evidencia de cobertura de Blue MedicareRx cuando lo reciba para saber cuáles son las normas que debo seguir para obtener la cobertura.
4. Comprendo que, si dejo este plan y no tengo u obtengo otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima correspondiente a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
5. Comprendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, agente de seguro u otra persona empleada o contratada por Blue Cross Blue Shield of Arizona, es posible que esta persona reciba un pago por mi inscripción en Blue MedicareRx.
6. Es posible que haya servicios de asesoramiento disponibles en mi estado que ofrezcan asesoramiento sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de Medicare Advantage o de planes de medicamentos con receta, asistencia médica mediante el programa estatal de Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.
7. **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Blue MedicareRx divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para cuestiones vinculadas a tratamiento, pago y atención médica. También acepto que Blue MedicareRx divulgará mi información, incluida mi información sobre medicamentos con receta, a Medicare, quien podría divulgarla con fines de investigación u otros fines que cumplan todos los estatutos y las reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Nombre de la persona inscrita: _____



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Recibo de inscripción de 2021

Úselo como su prueba de cobertura temporal hasta que Medicare confirme su inscripción y reciba su tarjeta de identificación de miembro. **Este recibo no es una garantía de inscripción.**

Esta copia es solo para sus registros. No vuelva a enviar la inscripción.

Complete este resumen del plan con su representante de ventas autorizado (si corresponde). Le informará algunos detalles del plan para ayudarlo a comprender su plan nuevo.

Estos son algunos detalles de su nuevo plan:

Nombre de la persona inscrita:

Fecha de la solicitud:

Mi cobertura del plan comienza el (fecha de entrada en vigencia):

El nombre de mi nuevo plan es:

- Blue MedicareRx Value
- Blue MedicareRx Essential
- Blue MedicareRx Enhanced

Mi tipo de plan es:

PDP

Información de la prima:

Mi plan tiene una prima mensual de \$_____. Entiendo que debo permanecer inscrito en la Parte A o la Parte B de Medicare y que debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare, excepto que el estado o algún otro tercero lo hagan por mí.

Si debo una multa por inscripción tardía (LEP), no está incluida en mi prima y deberé agregarla a mi prima cada mes.

Debo vivir en el área de servicio del plan. Si me mudo del área de servicio del plan durante más de 6 meses seguidos, tendré que elegir un nuevo plan.

Puedo cancelar mi inscripción en este plan antes de que comience mi cobertura llamando al departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) sin cargo. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Cuando comience mi cobertura, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción abierta para cambiar de plan, a menos que reúna los requisitos para un período de elección especial.

Si tiene alguna pregunta, llame a al representante de ventas autorizado:

Nombre y número de identificación del representante de ventas autorizado:

Número de teléfono del representante de ventas autorizado:

Nombre de la persona inscrita: _____

¿Actualmente tiene un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD)? Sí No

Entiendo que me estoy inscribiendo en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Entiendo que no puedo combinar un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD) con un plan de medicamentos con receta independiente (PDP).

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) tiene un contrato con Medicare para ofrecer los planes HMO y PPO de Medicare Advantage, y los planes PDP. La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato. La cobertura está disponible para los residentes de Arizona.

Para obtener más información



Visite **YourAZMedicareSolutions.com**



Llame a los especialistas de Blue MedicareRx Medicare Solutions: **1-833-229-3593** (TTY: **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

- Del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana
- Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes



Comuníquese con su representante de ventas autorizado



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association