

Formulario de Solicitud de Inscripción



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan (condados de Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai)

Importante: para unirse a este plan de necesidades especiales de Medicare Advantage, usted también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)
- Medicaid (Solo Medicaid completo)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero).
- Comienza 3 meses antes de que obtenga Medicare, el mes en que califica para Medicare y 3 meses después de que su plan de Medicare entra en vigor.
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su tarjeta de Medicaid (AHCCCS)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: Debe llenar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no llenarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario llenado a más tardar el 7 de diciembre.

- Su plan le enviará a usted una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué pasará después?

Envíe su formulario llenado y firmado al Departamento de Inscripciones:

Por correo Health Choice Pathway

Postal: (HMO D-SNP)

Attn: HCP Enrollment Dept.

8220 N. 23rd Avenue

Phoenix, AZ 85021

Por correo electrónico:

HCHPathwayEnrollment@azblue.com

Una vez que ellos procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Health Choice Pathway al

1-800-656-8991. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

En español: Llame a Health Choice Pathway al

1-800-656-8991, TTY: **711**, 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin vivienda

- Si desea unirse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, lo siguiente se puede considerar como la dirección de su residencia permanente: un apartado postal, la dirección de un albergue o de una clínica, o la dirección donde recibe su correspondencia (p. ej., sus cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Paperwork Reduction Act), nadie está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, llenar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: no envíe este formulario ni ningún documento que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes del Programa de Reducción de Trámites Administrativos (PRA, por sus siglas en inglés). Todo documento que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario llenado al plan.

**SECCIÓN 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que indiquen ser opcionales)**

Seleccione el plan al que desea unirse: ☐ Health Choice Pathway – de \$0 al mes

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)

PRIMER nombre:

APELLIDO(s):

Inicial del 2do nombre:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

(/ /)

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Número de teléfono móvil:

()

Número de teléfono alternativo:

()

Dirección física de la residencia permanente (no se permite un apartado postal [PO Box]): Nota: para las personas sin vivienda, se puede considerar un apartado postal (PO Box) como la dirección de residencia permanente:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Dirección postal, solo si es diferente a la dirección de la residencia permanente (sí se permite un apartado postal [PO Box]):

Dirección física:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Health Choice Pathway? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro
para esta cobertura:

Número de grupo para
esta cobertura:

1. ¿Está usted inscrito en su programa de Medicaid estatal (AHCCCS)? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es Sí, proporcione su número de Medicaid: _____

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es Sí, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la parte hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Health Choice Pathway.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan, reconozco que Health Choice Pathway compartirá mi información con Medicare, el cual puede usarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se encuentra más adelante). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez y que mi inscripción en este plan hará que la inscripción que yo tenga en otro plan MA se cancele automáticamente (existen excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Health Choice Pathway, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por parte de Health Choice Pathway. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Health Choice Pathway y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Health Choice Pathway. Ni Medicare ni Health Choice Pathway pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendí el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para llenar esta inscripción y
 - 2) la documentación correspondiente a esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

**Si usted es el representante autorizado,
firme arriba y llene estos campos:**

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

SECCIÓN 2: todos los campos de esta página son opcionales

Contestar estas preguntas es opcional.
No se le puede negar la cobertura por no contestarlas.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés. ☐ español

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese a Health Choice Pathway al **1-800-656-8991** si necesita información en un formato accesible que no se haya incluido arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Dirección: _____

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto con información sobre mi inscripción, programas de salud y otros servicios del plan. Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de correo electrónico y de mensajes de texto, así como cancelarlas en cualquier momento, llamando al **1-800-656-8991, TTY: 711**.

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

☐ evidencia de cobertura ☐ resumen de beneficios ☐ vademécum (formulary) integral

☐ directorio de proveedores ☐ directorio de farmacias ☐ catálogo de productos de venta libre

Dirección de correo electrónico: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en los planes de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La recopilación de esta información está autorizada en virtud de las Secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare en conformidad con lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx, en inglés)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar la inscripción en el plan.

El pago de las primas de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que posiblemente deba actualmente) por correo postal cada mes. **También puede elegir pagar cada mes su prima mediante una deducción automática de los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).**

Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), usted debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. NO le pague la IRMAA de la Parte D a Health Choice Pathway.

Solo para las personas que están ayudando al inscrito a llenar este formulario

Llene esta sección si usted es una persona (p. ej. representante, agente intermediario, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud [SHIP, por sus siglas en inglés], familiar u otro tercero) que está ayudando al inscrito a llenar este formulario.

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el inscrito: _____

Número nacional de productor: _____

(Solo representantes/agentes intermediarios)

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Nombre del miembro del personal/representante/agente intermediario (si ayudó con la inscripción): _____

Número de representante/agente intermediario: _____

Fecha en la que se recibió el formulario de inscripción si se envió por correo postal/por fax al representante: _____

Fecha propuesta para la entrada en vigor de la cobertura: _____

☐ AEP (periodo de inscripción anual)

☐ ICEP (periodo de elección de cobertura inicial)

☐ IEP (periodo de inscripción inicial)

☐ MAOEP (periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage)

☐ SEP (periodo de inscripción especial)

Código SEP (Se requiere si se seleccionó SEP):

Fecha de SEP:

Inscripción en papel: ☐

Inscripción telefónica: ☐

Inscripción electrónica: ☐