MEDICARE ADVANTAGE FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Este Formulario de cambio de plan solo se puede usar para cambiar de un plan a otro plan similar: de HMO a HMO

Para realizar un cambio en el plan Medicare Advantage que tiene con Blue Cross Blue Shield of Arizona (AZ Blue), complete el formulario de cambio de plan para hacer su elección. Ingrese la información del plan que desea a continuación y firme el formulario.

Los cambios en los planes de salud solo pueden realizarse en ciertos momentos durante el año. Desde el 15 de octubre al 7 de diciembre, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan Medicare Advantage (excepto un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos [MSA]) puede cambiar de plan o regresar a Original Medicare (y unirse a un plan de medicamentos con receta independiente de Medicare). Por lo general, no puede realizar cambios en otros momentos, excepto en determinadas situaciones, por ejemplo, si se muda fuera del área de servicio de su plan, desea unirse a un plan en su área con una calificación de 5 estrellas o reúne los requisitos (o pierde los requisitos) para recibir ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta.

Nombre del plan en el que desea inscribirse:			
APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
Número de miembro:	Número de teléfono particular:	Número de teléfono celular:*	Dirección de correo electrónico:*
*Tenga en cuenta que, al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir notificaciones por correo electrónico de nuestra parte, y, al proporcionar su número de teléfono celular, acepta recibir notificaciones por mensajes de texto de nuestra parte, según corresponda. Siempre le daremos la oportunidad de dejar de recibir las comunicaciones por el medio elegido.			
Dirección permanente *(no se permite el apartado postal):*			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal *(solo si es diferente de la dirección permanente):*			
Ciudad:	Estado:		Código postal:
Complete lo siguiente: Actualmente soy miembro del plan _____ de AZ Blue con una prima mensual de $_____. Me gustaría cambiar al plan _____ de AZ Blue. Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de $_____.			
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud elegido:			

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos: 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 artículo que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o su tiempo de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

Y0137_M42612PY26_C, Aprobado por los CMS el 7/1/2025

LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES.
Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. ☐ Español
Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible. ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio Comuníquese con AZ Blue al **1-800-446-8331** si necesita información en un formato o idioma accesible diferente de los mencionados. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., todos los días desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711.**

CÓMO PAGAR LA PRIMA DEL PLAN O LA MULTA POR INSCRIPCIÓN TARDÍA

Puede pagar su prima mensual del plan (inclusive cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que pudiera adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios todos los meses.

Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá una factura directamente de Medicare o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. NO le pague a AZ Blue la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos a fin de recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales por los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir estos beneficios de ahorros y ni siquiera 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 la ayuda adicional por Internet en *www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp*.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan por este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de la prima, le enviaremos una factura a usted por el monto que Medicare no cubra.

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

Seleccione una opción de pago de la prima:

☐ Conservar mi opción de pago de prima actual.
☐ Recibir una factura en papel. **No envíe el pago de una prima con esta solicitud.**
☐ EFT desde su cuenta bancaria todos los meses. Proporcione la siguiente información:

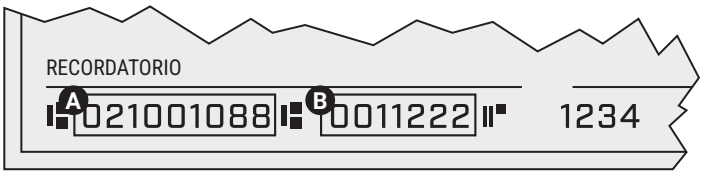
Nombre del titular de la cuenta: _____

Institución financiera: _____

Número de ruta bancaria: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de cuenta bancaria: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorro



A El número de ruta bancaria está compuesto por nueve caracteres y aparece entre los símbolos ⑆, generalmente en la esquina inferior izquierda de su cheque.

B Su número de cuenta tiene entre 5 y 17 caracteres y aparece junto al símbolo ⑈ en la parte inferior de su cheque, generalmente a la derecha de su número de ruta bancaria.

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB podría comenzar después de dos meses o más tras la aprobación de la deducción por parte del Seguro Social o de la RRB. 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 de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, continuaremos enviándole una factura por sus primas mensuales).

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Blue Best Life (HMO) es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Comprendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por AZ Blue, es posible que esta persona reciba un pago según mi inscripción en Blue Best Life (HMO).

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Blue Best Life (HMO) divulgará mi información, incluidos datos sobre eventos de los 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. Comprendo que las personas con Medicare no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Blue Best Life (HMO), debo obtener toda mi atención médica a través de Blue Best Life (HMO), excepto por los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Blue Best Life (HMO) y otros servicios indicados en la Evidencia de cobertura de Blue Best Life (HMO) (también denominada contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUE BEST LIFE (HMO) PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), la firma certifica: 1) que esta persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción, y 2) que la documentación de esta autorización se encuentra disponible a través de Medicare, previa solicitud.

Firma: X_____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____)_____ Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso interno:

Núm. de identificación del miembro: _____ Fecha de entrada en vigencia del plan: _____

Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP): _____

Período de elección anual (AEP): _____ Período de inscripción abierta (OEP): _____

Periodo de inscripción especial (SEP): ____/Motivo del SEP: _____ No reúne los requisitos: _____

Rep. de inscripción: _____ Fecha en que se completó: _____

Solo para uso del agente/corredor:

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

Núm. de agente/corredor: _____

Corredor autorizado*: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura solicitada: _____

Firma del agente/corredor: _____

Fecha de recepción: _____ Número de teléfono: _____

**Ingrese el nombre de la entidad que tiene contrato con AZ Blue.*

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de ayudas y servicios auxiliares

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Navajo: Diné bee y1ni[ti'gogo, saad bee an1'awo' bee 1ka'an7da'awo'7t'11 jiik'eh n1 h0l=. Bee ahi[hane'go bee nida'anish7 t'11 1kodaat'4h7g77 d00 bee 1ka'an7da'wo'7 1ko bee baa hane'7 bee hadadilyaa bich'8' ahoot'i'7g77 47 t'11 jiik'eh h0l=. Kohj8' 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Chinese Traditional: 如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-446-8331 (TTY: 711).

French: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-446-8331 (Người khuyết tật: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Russian: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Arabic:
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-446-8331 (TTY: 711) ।

Farsi (Persian):
همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. توجه: با شماره اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. (تله‌تایپ: TTY: 711) 1-800-446-8331

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-446-8331 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-446-8331 (TTY: 711)。

Y0137_M41134PY25_C

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

NOTAS:

NOTAS:

¿No es miembro aún?

Comuníquese con nuestros asesores autorizados de Medicare:
1-888-274-0367, TTY: 711
O bien, comuníquese con su agente de seguro.

Los miembros actuales deben llamar al:
480-937-0409 (en Arizona)
o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**

Del 1 de octubre al 31 de marzo:
los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:
de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

BlueCross BlueShield Arizona

Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Y0137_M42612PY26_C, Aprobado por los CMS el 7/1/2025

246081025

1869358-25