

Formulario de Solicitud de Inscripción



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, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre 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 inscribirse en este plan de necesidades especiales de Medicare Advantage, también debe tener:

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

¿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 reciba Medicare por primera vez, el mes en que se vuelve elegible para Medicare y 3 meses después de que su plan de Medicare entra en vigencia
- Se le permite unirse o cambiar de planes en determinadas situaciones

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

¿Qué necesito para completar 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 completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

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 se muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo artículo que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su 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 completo al plan.

H5587_D32293PY23_C

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará 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 completo y firmado al departamento de afiliación:

Por correo:

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)
Attn: Enrollment Dept.
410 N. 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Por fax: 480-760-4635

Por correo electrónico:

HCHPathwayEnrollment@azblue.com

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a BCBSAZ Health Choice Pathway al **1-800-656-8991, 711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

**SECCIÓN 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Seleccione el plan al que desea unirse: BCBSAZ Health Choice Pathway – \$0- \$34.40 por mes

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
(/ /)

Sexo:
 Masculino
 Femenino

Número de teléfono celular:
()

Número de teléfono alternativo:
()

Dirección de la residencia permanente (no se permite casilla postal):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Dirección de correo postal, solo si es diferente a la dirección de la residencia permanente
(se permite casilla postal):

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

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

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

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

1. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado (AHCCCS)? SÍ NO

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

2. ¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? 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 el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en BCBSAZ Health Choice Pathway.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan o al Plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que BCBSAZ Health Choice Pathway compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de BCBSAZ Health Choice Pathway, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de BCBSAZ Health Choice Pathway. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por BCBSAZ Health Choice Pathway y contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de BCBSAZ Health Choice Pathway (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni BCBSAZ 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 intencionalmente proporciono 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 comprendido 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 completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación correspondiente a esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

**Si es el representante autorizado (poder notarial),
firme arriba y complete estos campos:**

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

SECCIÓN 2: todos los campos de esta página son opcionales

**La respuesta a estas preguntas es opcional.
No se le puede negar la cobertura porque no las complete.**

¿Eres hispano, latino/a o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no de origen hispano, latino/a o español Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a
 Sí, Puertorriqueño Sí, Cubano
 Sí, otro origen hispano, latino/a o español **Elijo no contestar.**

¿Cual es tu raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o Afroamericano
 Chino Filipino Guamanian o Chamorro
 Japonés Coreano Nativo Hawaiano
 Otro Asiático Otro Isleño del Pacifico Samoano
 Vietnamitas Blanco **Elijo no contestar.**

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. Español

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

- Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con BCBSAZ Health Choice Pathway al **1-800-656-8991** si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. 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 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 mensajes de texto y cancelarlas en cualquier momento llamando al **1-800-656-8991, TTY: 711**.

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

- Evidencia de Cobertura Resumen de Beneficios Formulario completo
 Directorio de proveedores Directorio de farmacias Catálogo de Artículos de venta libre (OTC)

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que pueda deber actualmente) por correo todos los meses. **También puede elegir pagar 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) todos los meses.**

Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual por ingresos (IRMAA) de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.

NO pague a BCBSAZ Health Choice Pathway el IRMAA de la Parte D.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si colaboró en la inscripción): _____

Número de agente/corredor: _____

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

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

AEP ICEP IEP MAOEP SEP

SEP Code (*Required if SEP selected*):

SEP Date:

Inscripción en papel: **Inscripción telefónica:** **Inscripción electrónica:**

Lista de comprobación previa a la inscripción



Health
Choice

Antes de decidir inscribirse, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de atención al cliente llamando al **1-800-656-8991, TTY: 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para los servicios por los que suele consultar a un médico. Visite **HealthChoicePathway.com**, o llame al **1-800-656-8991, TTY: 711**, para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta formen parte de la red. Si no aparecen en la lista, es probable que deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos recetados forme parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que los medicamentos recetados que usa estén cubiertos.

Comprenda las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se saca cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, primas, o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales de elegibilidad doble (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted es elegible para Medicare y para la asistencia médica del plan estatal de conformidad con Medicaid.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ).

H5587_D32292PY23_C

Confirmación de elegibilidad para el período de inscripción



Health
Choice

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea con atención las siguientes declaraciones y marque el casillero si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

<input type="checkbox"/> NEW	Soy nuevo en Medicare.
<input type="checkbox"/> OEP	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
<input type="checkbox"/> MOV	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> INC	Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha)
<input type="checkbox"/> RUS	Recientemente regresé a los Estados Unidos tras vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> LAW	Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> MCD	Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid hace poco, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> NLS	Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> MDE	Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio

Confirmación de elegibilidad para el período de inscripción



Health Choice

<input type="checkbox"/> LTC	Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al/del centro el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> PAC	Recientemente abandoné un programa PACE el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> LCC	Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> LEC	Dejaré de tener la cobertura de un empleador o sindicato el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> PAP	Estoy inscrito en un programa de asistencia farmacéutica que proporciona mi estado.
<input type="checkbox"/> EOC	Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
<input type="checkbox"/> OTH	Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> SNP	Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero he perdido la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en dicho plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (indique la fecha)_____
<input type="checkbox"/> DTS	Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés). Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre o por una entidad gubernamental federal, estatal o local.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro, comuníquese con BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) llamando al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ).