

Formulario de inscripción para recibir beneficios suplementarios opcionales (OSB)

BayCarePlus Medicare Advantage (HMO) ofrece beneficios opcionales a nuestros miembros por una prima mensual adicional del plan.

- Puede inscribirse para recibir los OSB durante el período de inscripción anual (AEP) de Medicare, y hasta 30 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.
- Las solicitudes realizadas durante el AEP de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre) tendrán fecha de vigencia del 1 de enero. Con respecto a las solicitudes realizadas fuera de su selección de AEP, **BayCarePlus Medicare Advantage** le notificará cuál es su fecha de vigencia de la cobertura.
- Solo pueden usar este formulario nuestros miembros actuales que agregan OSB a su plan **BayCarePlus Medicare Advantage** existente.
- Este formulario solo se podrá usar cuando no haya otros cambios para realizar en su plan existente.

Nombre del miembro: _____

Identificación del miembro: _____

N.º de identificación de Medicare: _____

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

Marque la casilla para agregar beneficios suplementarios opcionales:

I am currently enrolled in a plan and wish to add OSB.

Servicios dentales integrales (\$25 por mes)

La prima de sus OSB se pagará de forma complementaria a su prima mensual del plan.

Cómo se pagan las primas de su plan

Ya sea que esté inscrito en un plan con primas o sin primas, podrá pagar las primas del plan y cualquier multa por inscripción tardía (LEP) y/u OSB correspondientes **por medio de una deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social (Administración del Seguro Social [SSA]) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)**. Además, puede elegir pagar con transferencia electrónica de fondos (EFT) o con cheque por correo cada mes.

La opción de pago que seleccione aquí anulará cualquier opción de pago anterior que haya hecho, y determinará la forma de pagar su prima total, que puede incluir una prima del plan, así como la prima de OSB y cualquier LEP que sea aplicable.

Si no selecciona una opción a continuación, pasará por defecto a Pago Directo y recibirá una factura mensual, a menos que actualmente pague sus primas y/o LEP a través de un cheque de beneficios de la SSA o la RRB, en cuyo caso su prima de OSB también se retendrá a través de este método.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ____ Seguro Social ____ RRB

Puede tardar un máximo de 90 días para recibir la aceptación de la suspensión de la SSA o la RRB. La SSA o la RRB comenzarán la deducción a partir de la fecha de aceptación. Los miembros recibirán una factura por cualquier mes previo a la fecha de aceptación de la suspensión por parte de la SSA o la RRB, que deberán pagar ellos. En circunstancias limitadas, tal vez Medicare no autorice la opción de deducción de la SSA o la RRB y podría indicar que el plan facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

Si elige que se obtengan los fondos directamente de su cuenta corriente, se conoce como transferencia electrónica de fondos (EFT). Si elige este método de pago, recibirá una carta del plan en la que se solicita la devolución de un cheque cancelado junto con la carta para crear una cuenta. No envíe un cheque cancelado en el momento de la inscripción. Su solicitud se procesará dentro de los 60 días hábiles de haber recibido el cheque cancelado devuelto y la carta. Las primas se deducen de su cuenta bancaria el día 2 de cada mes para la cobertura del mes en curso.

- Pago directo

Recibirá una factura mensual que contiene las instrucciones de pago.

Al completar este formulario de solicitud:

- Entiendo que esta inscripción en OSB es adicional a mis beneficios actuales del plan **BayCarePlus Medicare Advantage** y que la prima mensual de OSB es adicional a mi prima de Medicare, a las primas del plan **BayCarePlus Medicare Advantage** y a cualquier multa por inscripción tardía (LEP) que pueda aplicarse.
- Entiendo que los OSB están disponibles solamente para los miembros inscritos en un plan **BayCarePlus Medicare Advantage** y que la cancelación de la inscripción en un plan **BayCarePlus Medicare Advantage** supondrá la cancelación automática de la inscripción en los OSB.
- Entiendo que debo recibir atención con cobertura de parte de proveedores dentro de la red, salvo en caso de requerir atención de emergencia o cuidado urgente. Si recibo servicios de un proveedor fuera de la red, deberé pagar todos los costos relacionados con esos servicios.
- Entiendo que si me doy de baja de OSB, no seré elegible para volver a inscribirme hasta el próximo período de inscripción válido de **BayCarePlus Medicare Advantage** en OSB.
- Entiendo que si no pago la prima mensual de los OSB, perderé los OSB pero permaneceré inscrito en **BayCarePlus Medicare Advantage**.

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 entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

- 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y que
- 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Relación con el miembro: _____



Devuelva la solicitud completa a la siguiente dirección:

BayCare Select Health Plans
P.O. Box 12487
St. Louis, MO 63132

Llame al (866) 947-5820 (TTY: 711) para obtener más información, incluidos los servicios de traducción de idiomas gratis, relacionados con su plan BayCare Select Health Plans. Nuestras líneas telefónicas están abiertas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

ÚNICAMENTE PARA USO DEL AGENTE/DE LA OFICINA:

Nombre del agente/corredor (si ayudó en la inscripción): _____

Identificación del agente/corredor: _____

Firma del agente/corredor: _____ Fecha: _____

Número de confirmación de la solicitud: _____

BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato.