

## Formulario de inscripción para recibir beneficios suplementarios opcionales

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

- Puede inscribirse para recibir los beneficios suplementarios opcionales durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, 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 beneficios suplementarios opcionales 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 (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

### Marque la casilla para agregar beneficios suplementarios opcionales:

Actualmente, estoy inscrito en un plan y deseo agregar beneficios suplementarios opcionales.

Servicios dentales integrales (\$14 por mes)

**La prima de sus beneficios suplementarios opcionales se pagará de forma complementaria a su prima mensual del plan.**

### Al completar este formulario de solicitud:

- Entiendo que esta inscripción para recibir beneficios suplementarios opcionales es complementaria a mis beneficios del plan **BayCarePlus** Medicare Advantage actual y que la prima mensual de los beneficios suplementarios opcionales es complementaria a mi prima de Medicare y a las primas del plan **BayCarePlus** Medicare Advantage que se puedan aplicar.
- Entiendo que los beneficios suplementarios opcionales únicamente están disponibles para los miembros inscritos en un plan **BayCarePlus** Medicare Advantage.
- Entiendo que debo recibir atención con cobertura de parte de proveedores dentro de la red, salvo en casos de emergencia o que se necesiten servicios de urgencia. Si recibo servicios de un proveedor fuera de la red, deberé pagar todos los costos relacionados con esos servicios.
- Entiendo que mi inscripción continua en los beneficios suplementarios opcionales está supeditada a la inscripción continua en el plan **BayCarePlus** Medicare Advantage. La cancelación de la inscripción en el plan **BayCarePlus** Medicare Advantage provocará la cancelación automática de la inscripción en los beneficios suplementarios opcionales.

- Entiendo que si no pago la prima mensual de los beneficios suplementarios opcionales, perderé dichos beneficios pero permaneceré inscrito en **BayCarePlus Medicare Advantage**.
- Entiendo que puedo cancelar mi inscripción en los beneficios suplementarios opcionales en cualquier momento y que la cancelación de mi inscripción en dichos beneficios no cancelará mi inscripción en mi plan **BayCarePlus Medicare Advantage**. Si cancelo mi inscripción en los beneficios suplementarios opcionales, no seré elegible para volver a inscribirme hasta el próximo período válido de inscripción para recibir los beneficios suplementarios opcionales de **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;
- 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 feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. BayCare Select Health Plans es un plan de 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 de HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato.