

BayCarePlus® Medicare Advantage (HMO), un plan de la organización para el mantenimiento de la salud, ofrece beneficios dentales integrales opcionales a nuestros miembros por una prima mensual adicional del plan.

- Puede inscribirse en los Optional Supplemental Benefits (OSB), beneficios complementarios opcionales, durante el Annual Enrollment Period (AEP), período de inscripción anual, de Medicare y hasta 30 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción inicial.
- Las solicitudes realizadas durante el AEP de Medicare (*del 15 de octubre al 7 de diciembre*) tendrán como fecha de entrada en vigor el 1 de enero de 2025. Para las solicitudes realizadas fuera de su elección del AEP, BayCarePlus Medicare Advantage le notificará su fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Este formulario solo puede ser utilizado por miembros actuales que agregan los OSB a su plan BayCarePlus Medicare Advantage existente.
- Este formulario solo puede utilizarse cuando no haya otros cambios en su plan actual.

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento

Identificación de miembro de **BayCarePlus**

Nro. de identificación de Medicare (*de su tarjeta de Medicare*)

Marque la casilla para añadir los beneficios complementarios opcionales (OSB).

La prima de los OSB se paga además de la prima mensual de su plan.

Actualmente estoy inscrito en un plan y deseo añadir los OSB.

- BayCarePlus Rewards (HMO) – H2235-002: Servicios dentales integrales – \$50.20 al mes
- BayCarePlus Complete (HMO) – H2235-001: Servicios dentales integrales – \$49.60 al mes
- BayCarePlus Premier (HMO) – H2235-003: Servicios dentales integrales – \$49.60 al mes

Pago de las Primas de Su Plan

Ya sea que esté inscrito en un plan premium o no premium, puede pagar la prima de su plan y cualquier Late Enrollment Penalty (LEP), multa por inscripción tardía, y/u OSB mediante deducción automática de su cheque de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), o de su cheque de beneficios de la Railroad Retirement Board (RRB), junta de jubilación para ferroviarios. También puede elegir pagar mediante Electronic Funds Transfer (EFT), transferencia electrónica de fondos, o cheque por correo cada mes. La opción de pago que seleccione aquí anulará cualquier opción de pago anterior que haya realizado y determinará cómo pagará su prima total, que puede incluir una prima del plan, así como la prima de los OSB y cualquier LEP que corresponda.

Si no selecciona una opción en la siguiente página, de forma predeterminada realizará el pago directo y recibirá una factura mensual, a menos que actualmente pague sus primas y/o LEP a través del cheque de beneficios de la SSA o la RRB, en cuyo caso también se le retendrá su prima de los OSB a través de este método.

Seleccione una opción de pago de prima:

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de la SSA o RRB

Recibo beneficios mensuales de: SSA RRB

La aceptación de la retención por parte de la SSA/RRB puede tardar hasta 90 días. La SSA/RRB comenzará la deducción en la fecha de aceptación. Los miembros recibirán una factura por los meses anteriores a la fecha de aceptación de la retención por parte de la SSA/RRB, que deberán abonar. En circunstancias limitadas, es posible que Medicare no permita la opción de deducción de la SSA/RRB y puede indicarle al plan que le facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), desde su cuenta bancaria cada mes

Si elige que los fondos se retiren directamente de su cuenta corriente, esto se conoce como una EFT. Si elige este método de pago, recibirá una carta del plan solicitando que se devuelva un cheque anulado junto con la carta para la configuración de la cuenta. No envíe un cheque anulado en el momento de la inscripción. Su solicitud se tramitará en un plazo de 60 días laborales a partir de la recepción del cheque anulado devuelto y la carta. Las primas se deducen de su cuenta bancaria el segundo día del mes para la cobertura del mes en curso.

Pago directo

Recibirá una factura mensual con las instrucciones de pago.

Al completar este formulario de solicitud:

Entiendo que esta inscripción para los OSB es adicional a mis beneficios actuales del plan de BayCarePlus Medicare Advantage y que la prima mensual de los OSB es adicional a mi prima de Medicare, las primas del plan de BayCarePlus Medicare Advantage y cualquier multa por LEP que pueda aplicarse.

Entiendo que los OSB solo están disponibles para miembros inscritos en un plan de BayCarePlus Medicare Advantage y que la cancelación de la inscripción de un plan de BayCarePlus Medicare Advantage resultará en la cancelación automática de los OSB.

Entiendo que el plan Delta Dental pagará beneficios por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no participante. Sin embargo, un proveedor no participante puede cobrar más de la cantidad máxima permitida por este plan de Medicare Advantage y yo seré responsable de todos los cargos compartidos.

Entiendo que si cancelo mi inscripción en los OSB, no seré elegible para inscribirme nuevamente hasta el próximo período de inscripción de los OSB válido de BayCarePlus Medicare Advantage.

Entiendo que solo tengo una opción de servicios dentales. La adquisición de este plan sustituye al plan base, que tiene un máximo anual de \$3,000.



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 entiendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que:

- Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
- Y
- La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma

Fecha de hoy

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

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Relación a la persona inscrita



Devuelva la solicitud completada a:

BayCare Health Plans

P. O. Box 30764

Tampa, FL 33630

Para obtener más información, sobre su plan de BayCare Select Health, incluidos los servicios gratuitos de traducción lingüística, llame al (866) 509-5396 (TTY: 711). Las líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8am a 8pm. Los fines de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos, podría ser dirigido a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral. BayCare Select Health Plans es un plan de seguro médico de la HMO con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple con las correspondientes leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.



Sólo para Uso del Agente/Oficina

Nombre del agente/corredor *(si asistió en la inscripción)*

Nro. de identificación del Agente/Corredor

Firma del Agente/Corredor

Número de confirmación de la solicitud

Fecha

BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. BayCare Select Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.