

# FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PLAN DE BENEFICIOS

**Nombre del miembro:** \_\_\_\_\_ **No. de miembro:** \_\_\_\_\_

Deseo cambiarme del plan que tengo ahora al plan que he escogido abajo. Entiendo que de recibirse este formulario para fin del mes, mi nuevo plan, por lo general, entra en vigor el primer día del mes siguiente. **NOTA:** si entrego el presente formulario entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre, la fecha en que entra en vigor es 1° de enero.

Favor de marcar la respectiva casilla a continuación:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Providence Medicare Extra Plan 1</b><br>Costo de la prima: \$85<br>Máximo de gastos de bolsillo \$2,500<br><br>Copago por visita de consultorio \$15<br>Copago de hospital, paciente interno \$250<br>Copago de sala de emergencia \$50<br>Copago de ambulancia \$50       | <input type="checkbox"/> <b>Providence Medicare Choice</b><br>Costo de la prima: \$29<br>Máximo de gastos de bolsillo \$3,500<br><br>Copago por visita de consultorio \$20<br>Copago de hospital, paciente interno \$350<br>Copago de sala de emergencia \$50<br>Copago de ambulancia \$50<br>Co-seguro, mayoría de servicios, Parte B 10%<br>Fuera de la red (POS) 20%      |
| <input type="checkbox"/> <b>Providence Medicare Extra Plan 1 + Rx</b><br>Costo de la prima: \$111<br>Máximo de gastos de bolsillo \$2,500<br><br>Copago por visita de consultorio \$15<br>Copago de hospital, paciente interno \$250<br>Copago de sala de emergencia \$50<br>Copago de ambulancia \$50 | <input type="checkbox"/> <b>Providence Medicare Choice + Rx</b><br>Costo de la prima: \$51<br>Máximo de gastos de bolsillo \$3,500<br><br>Copago por visita de consultorio \$20<br>Copago de hospital, paciente interno \$350<br>Copago de sala de emergencia \$50<br>Copago de ambulancia \$50<br>Co-seguro, mayoría de servicios, Parte B 10%<br>Fuera de la red (POS) 20% |

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Su opción de pago de prima

Puede pagar su prima mensual por correo postal o por transferencia electrónica de fondos (en inglés 'EFT'). O bien, puede optar por pagar su prima por deducción mensual automática de su cheque del Seguro Social.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda extra con su cobertura Medicare de medicamentos de prescripción, Medicare paga todo o parte de su prima de plan para este beneficio. Si Medicare sólo paga una porción de la prima, nosotros le enviaremos una factura por la cantidad que no cubra Medicare. Si no escoge una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

**Favor de escoger una opción de pago de prima:**

- \_\_\_ Recibir una factura me llegue un cobro o transferencia electrónica de fondos  
 \_\_\_ Deducción mensual automática de su cheque de beneficios del Seguro Social (la deducción de SSA puede tomar dos o más meses para empezar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque de beneficios SSA incluirá todas las primas debidas desde su fecha de inscripción hasta el punto en el que se inicien sus deducciones).