



## Formulario de solicitud de inscripción individual para el año 2021 Plan de medicamentos recetados de Medicare Blue Shield Rx Plus (PDP) y Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

---

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

#### Para inscribirse en un plan, usted debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o estar en los Estados Unidos de manera legal;
- vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, también debe tener una de las siguientes coberturas o ambas:

- Medicare Parte A (seguro de hospital)
- Medicare Parte B (seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1 de enero);
- dentro de los 3 meses de la fecha en que empezó a tener la cobertura de Medicare;
- en algunas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](http://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 que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no pueden negarle la cobertura por no completarlos.

#### Para recordar:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado hasta el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

### ¿Qué pasará después?

Envíe el formulario completado y firmado por fax, correo postal o correo electrónico a:

**Correo postal:** Blue Shield of California  
PO Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**Fax:** (877) 251-3660

**Correo electrónico:** [WHMembership@blueshieldca.com](mailto:WHMembership@blueshieldca.com)

Una vez que procesen su pedido de inscripción, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Call Customer Care at **(888) 239-6469**. TTY users can call **711**.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a Customer Care al **(888) 239-6469** (TTY **711**) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

---

**Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (salvo que se indique que son opcionales)**

---

**Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:**

- Blue Shield Rx Plus (PDP) (\$59.00 por mes)  
 Blue Shield Rx Enhanced (PDP) (\$130.40 por mes)
- 

Primer nombre:  Inicial del segundo nombre (opcional):

Apellido:  Sexo  M  F

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

---

**Dirección de residencia permanente (no indique una casilla postal):**

Dirección

Ciudad  Estado  Código postal

**Dirección postal, si es diferente de su dirección de residencia permanente (puede indicar una casilla postal):**

Dirección

Ciudad  Estado  Código postal

---

**Su información de Medicare:**

---

**Conteste estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como la de Asuntos de Veteranos [VA, por sus siglas en inglés] o TRICARE) además de Blue Shield Rx Plus (PDP) o Blue Shield Rx Enhanced (PDP)?

Sí  No

---

**Cobertura de medicamentos recetados**

Nombre de la otra cobertura:

Número de identificación de esta cobertura:

N.º de grupo de esta cobertura:

---

**IMPORTANTE: Lea y firme debajo**

- Debo conservar la Parte A o la Parte B para poder continuar en mi plan Blue Shield Rx Plus o Blue Shield Rx Enhanced.
- Al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que mi plan Blue Shield Rx Plus o Blue Shield Rx Enhanced brindará mi información a Medicare. Medicare podrá usarla para controlar la inscripción de beneficiarios, para los pagos y para otros fines permitidos por leyes federales que permiten recopilar esta información (ver abajo la Declaración de la Ley de Privacidad).
- Usted puede decidir si desea responder a este formulario, pero no responderlo puede afectar su inscripción en el plan.
- La información que contiene este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. Entiendo que, si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que, en general, las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare cuando están fuera del país, salvo una cobertura limitada cuando están cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído su contenido y que lo he entendido. Si la firma es de un representante autorizado (como se indicó arriba), esta firma certifica que:
  - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y
  - 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <b>Firma</b>         | <b>Fecha de hoy</b>  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

Nombre:

Dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

---

**Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales**

**Usted puede decidir si desea responder estas preguntas o no. No pueden negarle la cobertura por no completarlas.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

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

Braille    Letra grande    CD de audio

Llame a Atención al Cliente al **(888) 239-6469** [los usuarios del sistema TTY deben llamar al **711**] si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente del que se indicó arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

¿Usted trabaja?  Sí  No      ¿Su esposo(a) trabaja?  Sí  No

**Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.**

- Deseo recibir los materiales indispensables del plan por correo electrónico (es decir, las notificaciones sobre la inscripción y la Notificación anual de cambios) en lugar de recibir copias impresas por correo postal.
- Deseo recibir los materiales no indispensables del plan por correo electrónico (es decir, promociones de beneficios, invitaciones a eventos y el boletín informativo del plan) en lugar de recibir copias impresas por correo postal.

Si no marca las casillas anteriores, recibirá los materiales impresos del plan por correo postal. Puede optar por volver a recibir los materiales impresos cuando lo desee; para eso, comuníquese con Atención al Cliente llamando al número que está en su tarjeta de identificación del plan.

**Dirección de correo electrónico**

**Pago de las primas de su plan**

Puede pagar la prima mensual de su plan por correo postal, mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o con tarjeta de crédito todos los meses.

Recibir una factura mensual.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual de su cuenta bancaria. Adjunte un cheque ANULADO o brinde la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancaria:

Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta:  Cuenta corriente     Cuenta de ahorros

Tarjeta de crédito. Brinde la siguiente información:

Tipo de tarjeta:

Nombre del titular de la cuenta, como aparece en la tarjeta:

Número de cuenta:

Fecha de vencimiento:

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(Pueden pasar dos meses o más hasta que empiecen a hacerse las deducciones del Seguro Social o de la RRB después de que estas organizaciones las aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que se adeuden desde la fecha de comienzo de su inscripción hasta el inicio de las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

**Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan.** Habitualmente, esa cantidad se paga con el dinero de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague la IRMAA de la Parte D a Blue Shield of California.

**Información del productor: Se deben indicar** el nombre y la identificación o el número nacional del productor (NPN, por sus siglas en inglés).

Nombre de la agencia/FMO: \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el nombre de la agencia designada)

N.º de identificación de la agencia/FMO: \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el número de identificación de impuestos de la agencia)

Nombre del productor: \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el nombre del agente de seguros)

N.º de identificación del productor: \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el número de identificación de impuestos del agente)

NPN del productor: \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el NPN del agente)

Número de teléfono del productor: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del productor: \_\_\_\_\_

Fecha en que el productor recibió la solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del productor: \_\_\_\_\_

Con mi firma, certifico que he leído y entendido las reglas de inscripción y las normas de comercialización y comunicación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), y confirmo que la persona inscrita ha recibido un paquete de inscripción completo. Acepto que esta inscripción de un beneficiario de Medicare en nombre de Blue Shield of California se ha hecho de acuerdo con estas normas.

Blue Shield of California es un plan PDP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

## Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para controlar la inscripción de beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA) o planes de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social, y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se indica en el System of Records Notice (SORN, Sistema de Notificación de Registros) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", número de sistema 09-70-0588. Usted puede decidir si desea responder a este formulario, pero no responderlo puede afectar su inscripción en el plan.

---

**Por lo general, solo puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare durante el período de inscripción anual, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que tal vez le permitan inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera del período de inscripción anual.

Lea las siguientes situaciones cuidadosamente y marque la casilla si la situación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, hasta donde sabe, es elegible para un período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé, y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (indique la fecha).
- Fui liberado de la cárcel recientemente. Recuperé mi libertad el (indique la fecha).
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los Estados Unidos el (indique la fecha).
- Recientemente obtuve la categoría de residente legal en los Estados Unidos. Esto fue el (indique la fecha).
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (empecé a tener la cobertura de Medicaid, hubo un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o dejé de tener la cobertura de Medicaid) el (indique la fecha).

- Recientemente hubo un cambio en la ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente empecé a recibir ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional o dejé de tener ayuda adicional) el (indique la fecha).
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o el estado donde vivo me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo cambios.
- Vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo) o recientemente me fui de un centro. Me mudé/ mudaré a un centro, o me fui/me iré de un centro el (indique la fecha).
- Acabo de abandonar un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (indique la fecha).
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (del mismo nivel que la de Medicare) de forma involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha).
- Dejaré de tener la cobertura que me da mi empleador o unión el (indique la fecha).
- Formo parte de un programa de ayuda farmacéutica que brinda el estado en el que vivo.
- Mi plan cancelará el contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (indique la fecha).
- Estuve inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales necesarios para seguir en el plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indique la fecha).
- Fui afectado por una catástrofe o una emergencia climática (declarada por la Federal Emergency Management Agency [FEMA, Agencia Federal para el Manejo de Emergencias] o por una entidad de gobierno local, estatal o federal). Una de las otras situaciones enumeradas aplicaba a mi caso, pero no pude pedir la inscripción debido a la catástrofe natural.

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no está seguro, llame a Atención al Cliente de Blue Shield al **(888) 239-6469** para saber si es elegible para inscribirse. (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al **711**). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.