

Formulario de solicitud de inscripción individual para el año 2019 Formulario de solicitud de inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional de Blue Shield 65 Plus



Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Blue Shield of California.
(800) 776-4466 [TTY **711**], 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.
 Envíe su formulario de inscripción completo por fax o correo a los siguientes contactos:
 Fax: (877) 251-3660
 Correo: Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365

Si usted ya es miembro de Blue Shield 65 PlusSM (HMO), Blue Shield 65 PlusSM Choice Plan (HMO) o Blue Shield Trio Medicare (HMO) y desea inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, brinde la siguiente información:

Indique en qué plan desea inscribirse.

- Plan dental HMO suplementario opcional; \$12.40 por mes.
 (Nota: El plan dental HMO no está disponible para los miembros de los condados de San Luis Obispo y Santa Bárbara).
 Plan dental PPO suplementario opcional; \$34.90 por mes.

N.º de identificación de miembro de Blue Shield

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	----------------	-----------------------------	---

Fecha de nacimiento: (____/____/____) MM / DD / Y Y Y Y	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono particular: ()
---	---	---------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no se aceptan casillas postales):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal (solo si difiere de su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Casilla postal:	Estado:	Código postal:
---------	-----------------	---------	----------------

Contacto de emergencia:	Número de teléfono: ()	Vínculo:
--------------------------------	-----------------------------------	-----------------

SOLO para el plan dental HMO suplementario opcional. Si se inscribe en el plan dental PPO, no es necesario que brinde el nombre o la identificación de un dentista.

Nombre del dentista	N.º de identificación del proveedor
---------------------	-------------------------------------

Si no elige un dentista, se le asignará uno en el momento de la inscripción.

Pago de la prima de su plan

Su prima para la cobertura del mes que viene vence el último día de este mes.

Usted puede pagar la prima mensual de su plan dental HMO o PPO suplementario opcional por correo o mediante una transferencia de fondos electrónica (EFT, por sus siglas en inglés) todos los meses. También tiene la opción de pagar su prima por medio de una deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Si no elige ninguna opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima del plan:

- Recibir una factura mensual.
- Transferencia de fondos electrónica (EFT) mensual desde 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

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

Recibo beneficios mensuales por medio de: Seguro Social RRB

(Es posible que pasen dos o más meses hasta que empiecen a hacerse las deducciones del Seguro Social o de la RRB una vez que el Seguro Social o la RRB aprueben dicha deducción. 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 adeudan 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 con sus primas mensuales).

Nota: Si su plan Blue Shield 65 Plus, Blue Shield 65 Plus Choice Plan o Blue Shield Trio Medicare tiene una prima mensual, o si usted actualmente paga una multa por inscripción tardía, cualquier opción de la prima del plan que usted elija ahora corresponderá a TODOS los componentes de la prima de su plan.

Si usted no paga su prima según la opción de pago que eligió, recibirá un aviso por escrito y tendrá 3 meses a partir de la fecha de vencimiento del pago para pagar todas las cantidades adeudadas a Blue Shield. Si usted no paga todas las cantidades que adeuda dentro de ese plazo, Blue Shield of California cancelará su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

Una vez que se haya inscrito en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, su membresía continuará siempre y cuando usted pague sus primas según lo especificado por el plan y siga inscrito como miembro de Blue Shield 65 Plus, Blue Shield 65 Plus Choice Plan o Blue Shield Trio Medicare.

Usted debe ser miembro de Blue Shield 65 Plus, Blue Shield 65 Plus Choice Plan o Blue Shield Trio Medicare a fin de ser elegible para inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Si usted cancela su membresía en Blue Shield 65 Plus, Blue Shield 65 Plus Choice Plan o Blue Shield Trio Medicare, también se cancelará su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Si usted solamente cancela su membresía en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional y desea reinscribirse más adelante, deberá esperar 6 meses a partir de la fecha de cancelación de la membresía y pagar cualquier prima que adeude antes de que se le permita reinscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado de California) en esta solicitud significa que he leído su contenido y que lo he entendido. Si la firma pertenece a una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) dicha persona está autorizada por la ley del estado de California para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

FIRMA _____

Fecha de hoy _____

Si usted es el representante autorizado legalmente (es decir, tiene un poder notarial o es el tutor legal [ver la descripción anterior]), debe firmar en el espacio de arriba y brindar la siguiente información:

Nombre _____

Dirección _____

N.º de teléfono
() _____

Vínculo con el inscrito _____

Información del productor: Se necesita indicar el nombre y la identificación o NPN del productor.

Nombre de la agencia/TMO/GMO _____
(escribir en letra de imprenta el nombre de la agencia designada)

Número de identificación de la agencia/TMO/GMO _____
(escribir en letra de imprenta el número de identificación de la agencia)

Nombre del productor _____
(escribir en letra de imprenta el nombre del agente que suscribe)

Número de identificación del productor _____
(escribir en letra de imprenta el número de identificación o NPN del agente)

Número de teléfono del productor _____

Dirección electrónica del productor _____

Fecha en que el productor recibió la solicitud _____

Firma del productor _____

Con mi firma, certifico por medio de la presente que he leído y entendido las normas de Inscripción y las Pautas de Comercialización y Comunicaciones de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid), y ratifico que el inscrito 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 llevado a cabo de acuerdo con estas normas.

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