



# Declaración para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI) Healthy Grocery (Comidas Saludables) de Blue Shield Inspire (HMO D-SNP)

Este plan incluye un beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) llamado Healthy Grocery (Comidas Saludables). Para ser elegible para este beneficio, usted debe tener uno o más de los siguientes problemas de salud crónicos. Elija el que corresponda de los siguientes problemas de salud que califican:

- 
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que requiere diálisis** (también conocida como enfermedad de los riñones en etapa terminal que requiere diálisis)

---

  - Diabetes mellitus** (también conocida como diabetes tipo I o tipo II)

---

  - Insuficiencia cardíaca crónica**
-

Envíe las **dos** páginas del formulario de SSBCI de Blue Shield Inspire completo:

**Por fax al:** (877) 251-3600

**Por correo a:** Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

**Por correo electrónico a:** WHMembership@blueshieldca.com

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar el formulario, comuníquese con Atención al Cliente llamando al (800) 776-4466 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, durante todo el año, o visite blueshieldca.com/medicare

Nombre del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Apellido del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Id. de Medicare: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro/solicitante: \_\_\_\_\_

## Declaración de elegibilidad del miembro

- Declaro que tengo uno o más de los problemas de salud crónicos mencionados arriba y que califico para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos llamado Healthy Grocery (Comidas Saludables). Si se necesita más información, mi plan puede comunicarse con mi proveedor (que aparece abajo). Doy permiso al plan o a uno de sus agentes para comunicarse conmigo en relación con mi beneficio. También entiendo que los beneficios que no se usen no se transferirán de un mes a otro. Entiendo que el SSBCI Healthy Grocery (Comidas Saludables) solo estará disponible para mí mientras siga siendo elegible para el plan Blue Shield Medicare Advantage que ofrece este beneficio.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

O

Nombre del apoderado legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del apoderado legal: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Dirección del apoderado legal: \_\_\_\_\_

Firma del apoderado legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Confirmación del proveedor

- Declaro que el miembro o solicitante que se menciona arriba cumple uno o más de los requisitos de elegibilidad descritos antes y que califica para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos llamado Healthy Grocery (Comidas Saludables).

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.