



## Formulario de Pedido de Inscripción en el Plan Dental HMO y PPO Suplementario Opcional de Blue Shield of California de 2023

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Blue Shield of California al **(800) 776-4466 [TTY 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Envíe su formulario de inscripción completo por fax, por correo postal o por correo electrónico:

Dirección electrónica: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660

### N.º de identificación de miembro de Blue Shield

<b>Apellido</b>		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
<b>Primer nombre</b>		<b>Inicial del segundo</b>
<b>Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)</b>		<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Número de teléfono</b> (Opcional): <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Celular	<b>Número de teléfono alternativo</b> (Opcional): (opcional): <input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Celular	

Opcional: Acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y los diversos programas de salud y bienestar disponibles para mí, y otra información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o texto a los números que he indicado en este formulario, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; se aplican las tarifas de datos estándar.  Sí  No

La participación es voluntaria y puede dejar de participar en cualquier momento. Para obtener más información, visite [blueshieldca.com/terms](https://blueshieldca.com/terms).

**¡Deje de usar papel!** Recibirá un mensaje de correo electrónico con un enlace que le permitirá registrar su cuenta, personalizar sus preferencias de comunicación, y obtener acceso a su tarjeta de identificación digital y a la información de sus beneficios.

**Dirección electrónica** (opcional, pero necesaria para las comunicaciones electrónicas):

Deseo recibir los materiales indispensables y no indispensables del plan por correo electrónico (es decir, la inscripción, la Notificación Anual de Cambios, las promociones de los beneficios y los boletines informativos del plan) en lugar de recibir copias impresas por correo postal.

Si no marca la casilla anterior, 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.

**Vía de comunicación preferida:**  Correo electrónico  SMS (Texto)  Correo común  Llamada

Nuestro objetivo es comunicarnos con usted a través de su método preferido. Sin embargo, en algunas situaciones es posible que necesitemos adaptar la forma en que le brindamos información.

---

**Dirección permanente**

Dirección

Ciudad

Estado Código postal

---

**Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente**

Dirección

Ciudad

Estado Código postal

---

**Si ya es miembro de un plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California y desea inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, dé la siguiente información:**

Marque en qué plan desea inscribirse.

- Plan dental HMO suplementario opcional (\$12.50 por mes)  
(no está disponible en todos los planes y áreas de servicio; vea el resumen de beneficios del plan para obtener más información).

Nombre del dentista

Número de identificación del proveedor

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

- Plan dental PPO suplementario opcional (\$42.30 por mes)  
No es necesario elegir un dentista para el plan PPO.

(No está disponible en todos los planes y áreas de servicio; vea el resumen de beneficios del plan para obtener más información).

---

**Pago de las primas de su plan:**

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda deber actualmente) por correo todos los meses. Si su plan tiene una prima pendiente de pago, recibirá una factura mensual que incluirá la cantidad y la fecha de vencimiento de su próximo pago, o puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) todos los meses.

Para obtener más información sobre sus opciones de pago, visítenos en [blueshieldca.com/medicarewaystopay](http://blueshieldca.com/medicarewaystopay) o llame a Atención al Cliente al **(800) 776-4466 TTY: 711**.

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

Recibo beneficios mensuales:  del Seguro Social  de la RRB

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

---

**Si usted tiene que pagar una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, la cantidad se deduce de su beneficio del Seguro Social o usted puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague la IRMAA de la Parte D a Blue Shield of California.

---

**Nota:** Si su plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California tiene una prima mensual, o si actualmente paga una multa por inscripción tardía, cualquier opción de prima del plan que elija en este momento se aplicará a TODOS los componentes de la prima de su plan.

Si no paga la prima de acuerdo con 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 pagarle a Blue Shield of California todas las cantidades que debe. Si no paga todas las cantidades que debe en ese momento, Blue Shield of California cancelará su inscripción 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 mientras pague sus primas según lo especificado por el plan y siga inscrito como miembro del plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California.

Debe ser miembro de un plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California para ser elegible para inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Si cancela su inscripción en nuestro plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California, también se cancelará su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Si solo cancela su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional y desea volver a inscribirse más adelante, debe esperar 6 meses a partir de la fecha de cancelación de la inscripción y pagar las cantidades de las primas que deba para poder inscribirse de nuevo en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

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) esa persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y que 2) la documentación de esa persona autorizada está disponible a pedido de Medicare.

<b>Su firma*:</b>	<b>Fecha de hoy</b>
-------------------	---------------------

---

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:

---

**Información del productor:** El nombre y el número de identificación o el Número Nacional de Productor (NPN, por sus siglas en inglés) del productor **son obligatorios**.

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

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

Nombre del productor (agente de seguros) (obligatorio): \_\_\_\_\_  
(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)

N.º NPN o TIN del productor (agente de seguros) (se exige uno): \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el número NPN o TIN)

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

Dirección electrónica 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 HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.