

## Formulario de Solicitud de Inscripción Individual para 2023

**Planes Medicare Advantage de Blue Shield: Blue Shield 65 Plus (HMO), Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO), Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO), Blue Shield Inspire (HMO), Blue Shield Balance (HMO), Blue Shield Enhanced (HMO), Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO), Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO), Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), Blue Shield Inspire (HMO D-SNP)**

### ¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage.

**Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir estos requisitos:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar en los Estados Unidos de manera legal; y
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener las siguientes coberturas (las dos):

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (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 que la cobertura empiece el 1 de enero);
- Dentro de los 3 meses después de tener Medicare por primera vez;
- En ciertas situaciones en las que tiene permitido inscribirse en un plan o cambiar de planes.

Visite [Medicare.gov](https://www.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 está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare); y
- Su dirección permanente y su número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

### Para recordar:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 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 su formulario completo y firmado por correo, fax o correo electrónico a los siguientes contactos:

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

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

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

Cuando se procese su pedido de inscripción, se comunicarán con usted.

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

Call your Authorized Agent or your Blue Shield Representative at **(888) 534-4263**.

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 su agente autorizado o a su representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**.

Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprimir el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para brindar ayuda.

### Personas sin hogar

Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, una casilla postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden ser su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a contestar un pedido de recopilación de información, salvo que se muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que, en promedio, el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro material que tenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (Oficina de Autorización de Informes de la PRA). Se destruirá todo material que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (como se indica en OMB 0938-1378) y no se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea “¿Qué pasará después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

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

---

### Elija el plan en el que quiere inscribirse:

- Blue Shield 65 Plus (HMO); condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus (HMO); condado de Kern (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus (HMO); condado de Riverside (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus (HMO); condado de San Bernardino (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus (HMO); condado de San Diego (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus (HMO); condados de San Luis Obispo/Santa Bárbara (\$39 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus (HMO); condado de Ventura (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO); condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
  - Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO); condados de San Bernardino/Riverside (\$0 por mes)
  - Blue Shield Enhanced (HMO); condados de Los Ángeles/Orange (\$39 por mes)
  - Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO); condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
  - Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO); condado de San Diego (\$0 por mes)
  - Blue Shield Balance (HMO); condado de Los Ángeles (\$0 por mes)
  - Blue Shield Inspire (HMO); condados de Alameda/San Mateo (\$0 por mes)
  - Blue Shield Inspire (HMO); condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
  - Blue Shield Inspire (HMO); condado de Sacramento (\$53 por mes)
  - Blue Shield Inspire (HMO); condados de San Joaquín/Stanislaus/Merced/Fresno/Madera/Santa Clara (\$0 por mes)
  - Blue Shield Inspire (HMO D-SNP); condados de Merced/San Joaquín/Stanislaus (\$38.90 por mes)
  - Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP); condados de Los Ángeles/San Diego (\$0 por mes)
- 

Blue Shield Inspire (HMO) en los condados de Alameda, Fresno, Madera, Merced, Sacramento, San Joaquín, San Mateo, Santa Clara y Stanislaus; Blue Shield Inspire (HMO D-SNP) en los condados de San Joaquín, Merced y Stanislaus; y Blue Shield Balance (HMO) en el condado de Los Ángeles incluyen uno o más beneficios suplementarios especiales para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés). Los SSBCI son parte de los beneficios suplementarios especiales que están disponibles en planes seleccionados. No todos los miembros de los planes calificarán. Vea la Evidencia de Cobertura para conocer detalles y los requisitos de elegibilidad. Para ser elegible para cada beneficio SSBCI, usted debe tener al menos uno de los problemas de salud crónicos requeridos que califican, los cuales pueden cambiar según el plan. Vea el formulario de "Declaración para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI)" que está incluido en el paquete de inscripción; también puede encontrarlo en Internet o puede llamar a Atención al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para obtener una copia. Los miembros inscritos en planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) deben comunicarse con Atención al Cliente de D-SNP al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

---

### Indique si quiere inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional

- 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:

---

N.º 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 está disponible en todos los planes y áreas de servicio; vea el resumen de beneficios del plan para obtener más información).

No es necesario elegir un dentista para el plan PPO.

---

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

Opcional: Acepto que Blue Shield y sus empresas y agentes afiliados puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y varios programas de salud y bienestar disponibles para mí, y sobre otra información promocional que pueda beneficiarme a mí o a mis dependientes, por teléfono o por mensaje de texto a los números que indiqué en este formulario, por medio de un marcador automático o voz artificial o pregrabada. Se aplican 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](http://blueshieldca.com/terms).

¡Deje de usar papel! Preste atención a su bandeja de entrada. Le enviaremos un correo electrónico en el que encontrará un enlace para registrar su cuenta, personalizar sus preferencias de comunicación y obtener acceso a su tarjeta de identificación digital y a la información sobre los beneficios.

**Correo electrónico** (opcional, pero obligatorio para las comunicaciones electrónicas)

Quiero recibir los materiales indispensables y no indispensables del plan por correo electrónico (por ejemplo, avisos sobre la inscripción, Notificación Anual de Cambios, promociones de beneficios y 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.

**Forma de comunicación preferida:**  Correo electrónico  SMS (mensaje de texto)  
 Correo estándar  Llamada

Nuestro objetivo es comunicarnos con usted a través de su forma de comunicación preferida, pero, a veces quizás tengamos que cambiar la manera en la que le damos información.

**Dirección de residencia permanente:**

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:**

Número 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 un plan Medicare Advantage de Blue Shield?

Sí  No

---

**Cobertura de medicamentos recetados:**

Nombre de la otra cobertura:

---

N.º de identificación de esta cobertura:

---

Número de grupo:

---

**Cobertura médica:**

Nombre de la otra cobertura:

---

N.º de identificación de esta cobertura:

---

Número de grupo:

---

¿Está inscrito en el programa Medicaid (Medi-Cal) de su estado?  Sí  No  
Si su respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid (Medi-Cal)

---

**IMPORTANTE: Lea y firme debajo:**

- Debo mantener el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para seguir inscrito en un plan Medicare Advantage de Blue Shield.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que mi plan Medicare Advantage de Blue Shield compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante).
- Usted puede decidir si desea contestar este formulario. Sin embargo, la inscripción en el plan puede verse afectada si no contesta.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA o de la Parte D; se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) de MA y planes de cuentas de ahorros médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de MA.
- Entiendo que, cuando empiece la cobertura de mi plan Medicare Advantage de Blue Shield, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por medio del plan Medicare Advantage de Blue Shield. Los beneficios y servicios brindados por mi plan Medicare Advantage de Blue Shield e incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* (también llamado contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de mi plan Medicare Advantage de Blue Shield estarán cubiertos. Ni Medicare ni mi plan Medicare Advantage de Blue Shield pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en 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 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), con esta firma se 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>
--------------	---------------------

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 contestar o no estas preguntas. No se le puede negar la cobertura si no lo hace.

¿Usted trabaja?  Sí  No ¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Indique su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o clínica:

Nombre del médico o de la clínica:

N.º de identificación del médico:

Nombre del grupo médico:

¿Es paciente actual?  Sí  No

Elija una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español  Chino

Elija una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

Braille  Letra grande  CD de audio

Llame a Atención al Cliente de Blue Shield al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente del que se indicó arriba. Los miembros inscritos en planes de D-SNP deben comunicarse con Atención al Cliente de D-SNP llamando al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Elija todo lo que corresponda.

No, no soy de origen hispano, ni latino ni español.

Sí, soy de Puerto Rico.  Sí, soy de Cuba.

Sí, soy de otro grupo étnico de origen hispano, latino o español.

Sí, soy de origen mexicano, mexicoestadounidense, chicano.  Prefiero no responder.

¿Qué raza tiene? Elija todo lo que corresponda.

Persona de origen indio americano o nativa de Alaska

Persona de origen indio asiático

Persona de raza negra o afroamericana

Persona de origen chino

Persona de Filipinas

Persona de origen guameño o chamorro

Persona de origen japonés

Persona de origen coreano

Persona nativa de Hawái

Otro grupo étnico asiático

Otro grupo étnico de las islas del Pacífico

Persona de Samoa

Persona de origen vietnamita

Persona de raza blanca

Prefiero no responder.

## Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda deber) por correo todos los meses. Si su plan tiene una fecha de vencimiento para la prima, recibirá una factura mensual que incluirá la cantidad y la fecha de vencimiento del próximo pago. O puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB, Junta de Retiro Ferroviario) 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)**. Los miembros inscritos en planes de D-SNP deben comunicarse con Atención al Cliente de D-SNP llamando al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

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

Recibo beneficios mensuales:  Seguro Social  RRB

(Es posible que pasen 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 inicio 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 con 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.** 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.

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

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)

NPN o Número de Identificación del Contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del productor (agente de seguros) (se requiere uno): \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta el NPN o el TIN)

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

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

Fecha en que el productor recibió el pedido: \_\_\_\_\_

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

Con mi firma, certifico que he leído y entendido las reglas de inscripción y las reglas de comercialización y comunicación de Medicare de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), 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 reglas.

Blue Shield of California es un plan HMO y HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare, y un contrato con el programa Medicaid del estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

## **Declaración de la Ley de Privacidad**

---

Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de las inscripciones de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los Artículos 1851 y 1860D-1 de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), y los Artículos 422.50 y 422.60 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar información relacionada con las inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema N.º 09-70-0588, "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx, por sus siglas en inglés)", del System of Records Notice (SORN, Sistema de Notificación de Registros). Usted puede decidir si desea contestar este formulario. Sin embargo, la inscripción en el plan puede verse afectada si no contesta.

**Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage 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 Medicare Advantage 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.

- Empecé a tener 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).  
\_\_\_\_\_
- Me liberaron 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 cobertura de 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), me mudaré a un centro o recientemente me fui de un centro. Me mudé/mudaré al centro, o me fui/me iré del centro el (indique la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Acabo de abandonar un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Atención 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 sindicato el (indique la fecha).

\_\_\_\_\_

Soy 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. Se canceló mi membresía en el SNP el (indique la fecha).

\_\_\_\_\_

Fui afectado por una emergencia o catástrofe natural importante (de acuerdo con las declaraciones de la Federal Emergency Management Agency [FEMA, Agencia Federal para el Manejo de Emergencias] o de una entidad de gobierno local, estatal o federal. Una de las otras situaciones mencionadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe natural).

Estoy en un plan del que se ha hecho cargo recientemente la autoridad reguladora estatal o territorial debido a problemas financieros. Quiero cambiarme a otro plan.

Estoy en un plan que tuvo una calificación por estrellas de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación por estrellas de 3 estrellas o más.

Soy nuevo en Medicare Y el derecho a Medicare se hizo de forma retroactiva, por lo que me notificaron de la obtención de Medicare después de la fecha de inicio de mi Parte A o B.

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o tiene dudas sobre esto, comuníquese con Blue Shield of California llamando al **(888) 534-4263 (TTY: 711)** o con un agente autorizado para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.