



## Formulario de Solicitud de Inscripción Individual para el año 2023 Blue Shield Select (PPO)

### ¿Quiénes pueden usar este formulario?

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

### 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 las siguientes coberturas (las dos):

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La 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](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 está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- 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 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 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

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

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

Una vez que 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) 510-8074**. 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) 510-8074**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **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.

### Personas que no tienen hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, pueden considerarse como su dirección de residencia permanente una casilla postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., los cheques del seguro social).

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 el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos actuales y reunir los datos necesarios, así como para revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: 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 documento que incluya su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Reports Clearance Office (Oficina de Validación de Informes) de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no tenga relación con la mejora de este formulario o la recopilación de su información (que se detalla en OMB 0938-1378) se destruirá. No será conservado, revisado ni reenviado al plan. Vea “¿Qué pasará después?” en esta página para enviarle su formulario completo 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 Select (PPO) en el condado de Alameda (\$57 por mes)
- Blue Shield Select (PPO) en los condados de Orange/San Diego (\$67 por mes)

Blue Shield Select (PPO) en el condado de Alameda incluye un Beneficio Suplementario Especial para los Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés). Los SSBCI forman parte de los beneficios suplementarios especiales disponibles en planes seleccionados. No todos los miembros de los planes calificarán. Vea la Evidencia de Cobertura para obtener 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 calificantes requeridos que pueden variar según el plan. Consulte el formulario de "Declaración de Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos" (SSBCI) que está incluido en el paquete de inscripción o por Internet, o comuníquese con Atención al Cliente al (800) 776-4466 (TTY: 711) para obtener una copia.

**Indique si desea inscribirse en el plan dental PPO suplementario opcional:**

- Plan dental PPO suplementario opcional (\$42.30 por mes)**

Primer nombre:	(Opcional): Inicial del segundo:
Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Número de teléfono: (Opcional): <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular
	N.º de teléfono alternativo (opcional): (Opcional): <input type="checkbox"/> 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](http://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, las notificaciones sobre 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 (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 Blue Shield Select (PPO)?  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:

---

N.º de grupo:

---

¿Está inscrito en el programa Medicaid (Medi-Cal) de su estado?  Sí  No

Si contesta "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 Blue Shield Select (PPO).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que Blue Shield Select (PPO) 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 solamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio [PFFS, por sus siglas en inglés] MA y planes de cuentas de ahorros médicos [MSA, por sus siglas en inglés] MA).
- Entiendo que, cuando empiece mi cobertura de Blue Shield Select (PPO), deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por medio de Blue Shield Select (PPO). Los beneficios y servicios brindados por Blue Shield Select (PPO) e incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* (también denominado contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Blue Shield Select (PPO) estarán cubiertos. Ni Medicare ni mi plan Blue Shield Select (PPO) 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), esta firma certifica que:
  - 1) esa persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y
  - 2) la documentación de esa autoridad 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

---

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

Español     Chino

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

Braille     Letra grande     CD de audio

Llame a Atención al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 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., los 7 días de la semana.

---

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

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

Sí, puertorriqueño.     Sí, cubano.     Sí, otro origen hispano, latino o español.

Sí, mexicano, mexicoestadounidense o chicano.     Elijo no contestar.

---

**¿Cuál es su raza? Elija todo lo que corresponda.**

Indio americano o  
nativo de Alaska

Indio asiático

Negro o afroamericano

Chino

Filipino

Guameño o chamorro

Japonés

Coreano

Nativo de Hawái

Otra raza asiática

Otra raza de las islas  
del Pacífico

Samoano

Vietnamita

Blanco

Elijo no contestar

---

## 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/medicarewastopay](http://blueshieldca.com/medicarewastopay) 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.

**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)

N.º 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 PPO 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 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. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), y las Secciones 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)", del System of Records Notice (SORN, Aviso sobre el Sistema 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 mencionado.

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 (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Fui liberado de la cárcel recientemente. Recuperé mi libertad el (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los Estados Unidos el (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Recientemente obtuve la categoría de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve esta categoría el (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Recientemente hubo un cambio en mi inscripción en Medicaid (empecé a tener la cobertura de Medicaid, hubo un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí mi cobertura de Medicaid) el (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Recientemente hubo un cambio en mi 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 (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Tengo Medicare y 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 un cambio.
- 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 (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Recientemente dejé un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (coloque 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 (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_



- Dejaré de tener la cobertura que me da mi empleador o unión el (coloque 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 (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Estuve inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero ya no cumplo con los requisitos de necesidades especiales necesarios para seguir en el plan. Se canceló mi membresía en el SNP el (coloque la fecha).  
\_\_\_\_\_
- Fui afectado por una catástrofe o una emergencia climática (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 enumeradas 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. Deseo cambiarme a otro plan.
- Estoy en un plan que tuvo una calificación por estrellas de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Deseo 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 comienzo de mi Parte A y/o B.

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no está seguro de ello, llame a Blue Shield of California al **(888) 510-8074 (TTY: 711)** o a 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 7 días 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, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.