



## Formulario de Cambio de Plan Medicare Advantage de Blue Shield of California

Los miembros actuales de planes Medicare Advantage de Blue Shield of California pueden usar este formulario de inscripción abreviado para inscribirse en un plan Medicare Advantage ofrecido por Blue Shield of California.

---

Envíe su formulario de inscripción completo por fax o por correo:

Fax: (877) 251-3660

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

---

Actualmente soy miembro del plan \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
con una prima mensual de \$\_\_\_\_\_.

---

Elija el plan en el que quiere  
inscribirse:

### Blue Shield Select (PPO)

- Condado de Alameda  
(\$57 por mes)
  - Condados de Orange/San Diego  
(\$57 por mes)
- 

Entiendo que este plan tiene distintos beneficios de salud y puede tener una prima mensual como se indicó antes.

---

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 cambiar 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 Servicio al Cliente llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para obtener una copia.

---

**N.º de miembro:**

**Apellido:**

**Primer nombre:**

**Inicial del 2.º  
(opcional):**

**N.º de teléfono:**

**Tipo de teléfono:**  Fijo  Celular

**Dirección permanente** (no indique una casilla postal):

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

---

**Dirección postal**, si es diferente de su dirección permanente (puede indicar una casilla postal):

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

---

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

Plan dental HMO suplementario opcional (\$15 por mes) (no está disponible en todos los planes y áreas de servicio; consulte 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 (\$45 por mes) (no está disponible en todos los planes y áreas de servicio; consulte el Resumen de Beneficios del plan para obtener más información). No es necesario elegir un dentista para el plan PPO.

---

**Nombre del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) elegido o de la clínica elegida (solo HMO):**

---

---

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

---

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoestadounidense o chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño o                           | <input type="checkbox"/> Sí, cubano                                   |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español      |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Elijo no contestar.</b>                     |   |
- 

**¿A qué raza pertenece? Elija todo lo que corresponda.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano               |
| Asiático:   | Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico:                 |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro                  |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                     |
| <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> Samoano                             |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Otra raza de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano                            | <input type="checkbox"/> Blanco                              |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no contestar.</b>          |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática                 |  |
- 

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

- Español  Chino (tradicional)
- 

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

- Braille  Letra grande  CD de audio

Llame a Servicio al Cliente de Blue Shield al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los que se indicaron arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

---

**Número de teléfono celular:**

---

**Dirección electrónica:**

---

**Al brindar su dirección electrónica arriba, será inscrito automáticamente en el envío electrónico de algunos avisos de su plan.**

Recibirá muchos de los avisos necesarios de su plan de manera electrónica. Le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando haya nuevos avisos (como la Explicación de Beneficios o la Notificación Anual de Cambios) disponibles en Internet. Puede obtener acceso a estos avisos a través de cualquier dispositivo, como una computadora, una tableta o un teléfono celular.

- En lugar del envío electrónico, le enviaremos copias impresas de los materiales necesarios por correo postal. Tenga en cuenta que algunos avisos son muy grandes y es posible que no entren en algunos buzones. Puede cambiar la forma de envío elegida en cualquier momento.
-

## 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 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 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 Servicio 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).

**La Administración del Seguro Social le avisará si le corresponde pagar una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. La cantidad que deba pagar se descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social o será facturada directamente por Medicare o la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la IRMAA de la Parte D a Blue Shield of California.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califiquen no tendrán brechas de cobertura ni multas por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al **(800) 772-1213**. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al **(800) 325-0778**. También puede pedir ayuda adicional por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para recibir ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que no cubra Medicare.

## Lea y firme debajo

Blue Shield of California es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por Blue Shield of California, es posible que esa persona reciba un pago por inscribirme en Blue Shield of California.

**Revelación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que el plan de salud de Medicare revelará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y actividades de atención de la salud. También acepto que Blue Shield of California revelará mi información (incluidos los datos relacionados con mis medicamentos recetados) a Medicare, que a su vez podrá revelarla por cuestiones de investigación y por otros motivos que cumplen con todas las leyes y reglamentos federales correspondientes. 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 las personas que tienen Medicare no están cubiertas por Medicare cuando están fuera del país, excepto que estén cerca de la frontera estadounidense, donde tienen una cobertura limitada.

Entiendo que, a partir de la fecha en que empieza la cobertura de mi plan HMO Medicare Advantage de Blue Shield, debo recibir toda la atención de la salud por medio de Blue Shield of California, a excepción de los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o los servicios de diálisis fuera del área.

Entiendo que, a partir de la fecha en que empieza la cobertura de mi plan PPO Medicare Advantage de Blue Shield, usar servicios dentro de la red puede costar menos que usar servicios fuera de la red, a excepción de los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o los servicios de diálisis fuera del área. Si los servicios son médicamente necesarios, Blue Shield of California brinda reembolsos para todos los beneficios cubiertos, incluso si recibo servicios fuera de la red.

Los servicios autorizados por Blue Shield of California y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Blue Shield of California estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUE SHIELD OF CALIFORNIA PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre de acuerdo con las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído su contenido y que lo he entendido. Si la firma es de una persona autorizada (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 esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):**

Si usted es el representante autorizado, debe firmar la página anterior y brindar la siguiente información:

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)

N.º de teléfono del productor: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica del productor: \_\_\_\_\_

Fecha en que el productor recibió solicitud (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

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.