



Formulario de Cancelación de la Membresía en Planes Medicare Advantage de Blue Shield of California

Si usted pide que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo toda la atención médica de su plan Medicare Advantage de Blue Shield hasta la fecha en que se haga la cancelación de su membresía. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su membresía antes de buscar servicios médicos fuera de la red del plan Medicare Advantage de Blue Shield. Le avisaremos la fecha en que se haga la cancelación de su membresía después de que hayamos recibido este formulario de su parte.

Número de miembro:

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del 2.º:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono de su hogar:

Lea cuidadosamente la siguiente información y complete lo que se pide antes de firmar y poner la fecha en este formulario de cancelación de la membresía:

Si me inscribí en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o Medicare Advantage, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en el plan Medicare Advantage de Blue Shield el día en que empiece la inscripción en el nuevo plan. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. Además, entiendo que si cancelo mi membresía en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero tener la cobertura de nuevo en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por esta cobertura.

Su firma*:

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):

*O la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de usted de acuerdo con las leyes del estado donde usted vive. 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 cancelación de la membresía, y
- 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido del plan Medicare Advantage de Blue Shield o de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe brindar la siguiente información:

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del 2.º:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

Generalmente, puede cancelar su membresía en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, o durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Hay excepciones que tal vez le dejen pedir la cancelación de la membresía 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 Elección.

- ☐ 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 (escriba la fecha) (MM/DD/AAAA).
- ☐ Recientemente hubo un cambio en la ayuda adicional que recibo por medio del programa Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (empecé a recibir ayuda adicional de Extra Help, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional de Extra Help o dejé de tener ayuda adicional de Extra Help) el (escriba la fecha) (MM/DD/AAAA).
- ☐ 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 (escriba la fecha) (MM/DD/AAAA).
- ☐ Empezaré a participar en un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (escriba la fecha) (MM/DD/AAAA).
- ☐ Empezaré a tener la cobertura que brinda mi empleador o unión el (escriba la fecha) (MM/DD/AAAA).
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (escriba la fecha) (MM/DD/AAAA).

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no lo sabe con seguridad, comuníquese con Servicio al Cliente de los planes Medicare Advantage de Blue Shield of California llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para saber si es elegible para cancelar su membresía. Los miembros inscritos en planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) deben comunicarse con Servicio al Cliente llamando al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Envíe su formulario completo y firmado por correo, fax o correo electrónico a los siguientes contactos:

Dirección electrónica: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660