Formulario de Pedido de Inscripción Individual para el año 2027

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que desean inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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 una de las siguientes coberturas o ambas:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario).
- La Parte B de Medicare (seguro médico).

¿Cuándo debo usar 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 tres 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** 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 Railroad Retirement Board [Junta de Retiro Ferroviario]).

¿Cuál es el próximo paso?

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

Una vez que procesen 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) 292-7591**. TTY users can call **711**. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call (877) 486-2048.

En español: Llame a su agente autorizado o a su representante de Blue Shield al **(888) 292-7591**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al (800) 633-4227 y oprima el 8 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 "¿Cuál es el próximo paso?" 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 Rx Plus (PDP)
☐ ($210 por mes)

Blue Shield Rx Enhanced (PDP)
☐ ($252.60 por mes)

Información personal:

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo (opcional):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Número de teléfono:	Tipo de teléfono: ☐ Fijo ☐ Celular	

Dirección de residencia permanente (no indique una casilla postal. Nota: Para las personas que no tienen hogar, puede considerarse como su dirección de residencia permanente 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:

Su información de Medicare:
Número de Medicare:

Conteste las siguientes 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 Rx Plus (PDP) o Blue Shield Rx Enhanced (PDP)?

☐ Sí ☐ No

Cobertura de medicamentos recetados:

Nombre de la otra cobertura de medicamentos recetados:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme debajo:

- Debo mantener el seguro hospitalario (Parte A) o el seguro médico (Parte B) para seguir inscrito en Blue Shield Rx Plus o Blue Shield Rx Enhanced.
- Al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, acepto que Blue Shield Rx Plus o Blue Shield Rx Enhanced compartirán 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 de la Parte D a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.
- 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 este formulario de aplicación 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 esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

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

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.

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

☐ Español

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible diferente de los que se indicaron arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

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

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. 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. **También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB) todos los meses.**
Para obtener más información sobre sus opciones de pago, visítenos en **blueshieldca.com/medicarewaystopay** o llame a Servicio al Cliente al **(888) 239-6469 (TTY: 711)**.

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB).

Recibo beneficios mensuales: ☐ del Seguro Social ☐ de la RRB

(Es posible que pasen dos meses o más hasta que empiecen a hacerse las deducciones del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Railroad Retirement Board aceptan su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board incluirá todas las primas que se deban desde la fecha de comienzo de su inscripción hasta que empiecen a hacerse las retenciones. Si el Seguro Social o la Railroad Retirement Board no aprueban su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa con 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.

Solo para las personas que ayuden a la persona inscrita a completar este formulario:

Complete esta sección si usted es alguien (como un agente, un corredor de seguros, un asesor del State Health Insurance Assistance Program [SHIP, Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud], un familiar u otro tercero) que ayuda a la persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____

Información del productor/agente de seguros:
*Indica que el campo es obligatorio.

Nombre de la agencia designada:	N.º de identificación fiscal de la agencia designada:*
Nombre del productor/agente de seguros:*	**N.º Nacional de Productor (NPN, por sus siglas en inglés) individual** del productor/agente de seguros:*
Dirección electrónica del productor/agente de seguros:	N.º de teléfono del productor/agente de seguros:
Firma del productor/agente de seguros:	Fecha en que el productor recibió el formulario de aplicación:

Con mi firma, certifico que he completado todas las certificaciones necesarias como corredor de seguros, y que he leído y entendido las reglas de inscripción y las normas de comercialización y comunicación 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 normas.

Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centers for Medicare and 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. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), y las Secciones 423.30 y 423.32 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 Aviso sobre el Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés). Usted puede decidir si desea contestar este formulario. Sin embargo, la inscripción en el plan puede verse afectada si no contesta.

Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

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 dejen 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 (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Me liberaron de prisión recientemente. Recuperé mi libertad el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los Estados Unidos el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Recientemente obtuve la categoría de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve esta categoría el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ 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)

_____.

☐ Tengo Medicare y Medicaid, o recibo ayuda adicional por medio del programa Extra Help para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Deseo cambiarme a otro plan de medicamentos de Medicare.

☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo), 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)

_____.

☐ Recientemente dejé un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (del mismo nivel que la de Medicare) de forma involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Dejaré de tener la cobertura que me da mi empleador o unión el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Estoy en un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado o dejaré de recibir la ayuda de un programa estatal de asistencia farmacéutica.

☐ 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 (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)

_____.

☐ Fui afectado por una catástrofe o una emergencia climática (declarada por la Federal Emergency Management Agency [FEMA, Agencia Federal para el Manejo de Emergencias] o por 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.

- ☐ No pude inscribirme durante el Período de Elección Inicial (IEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ No pude inscribirme durante el Período de Inscripción Anual (AEP, por sus siglas en inglés).

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no lo sabe con seguridad, llame a Blue Shield of California al **(888) 292-7591 (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. (hora del Pacífico), los siete 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. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Blue Shield of California es un plan PDP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.