



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, P.O. 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 Inspire (HMO)

- Condados de Alameda/San Mateo (\$39 por mes)
- Condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
- Condados de Merced/San Joaquín/Santa Clara/Stanislaus (\$38 por mes)

Blue Shield 65 Plus (HMO)

- Condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
- Condado de Kern (\$0 por mes)
- Condado de Riverside (\$0 por mes)
- Condado de San Bernardino (\$0 por mes)
- Condado de San Diego (\$0 por mes)
- Condados de San Luis Obispo/Santa Bárbara (\$54 por mes)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- Condados de Riverside/San Bernardino (\$0 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 65 Plus Plan 2 (HMO)

- Condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)

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

Número de miembro:

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo (opcional):

Número de teléfono:

Tipo de teléfono: Fijo Celular

Dirección 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:

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

Plan dental HMO suplementario opcional (\$16 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 (\$47 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):

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.

¿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, mexicanoestadounidense o chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar |

¿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"/> Elijo no contestar |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | |

¿Cuál es su sexo?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que piensa de sí mismo? (Elija una)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual (es decir, ni gay ni lesbiana) | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar |

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 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.

Dirección electrónica:

Número de teléfono celular:

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.

Prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o 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 su cheque 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 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 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 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.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

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 para este beneficio. 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 el plan Medicare Advantage de Blue Shield, es posible que esa persona reciba un pago por inscribirme en el plan Medicare Advantage de Blue Shield.

Revelación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, entiendo 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 el plan Medicare Advantage de Blue Shield 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 del plan Medicare Advantage de Blue Shield, debo recibir toda la atención de la salud por medio del plan Medicare Advantage de Blue Shield, a excepción de los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por el plan Medicare Advantage de Blue Shield y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) del plan Medicare Advantage de Blue Shield estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI EL PLAN MEDICARE ADVANTAGE DE BLUE SHIELD 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: _____

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

Complete esta sección si usted es alguien (como un asesor del Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud [SHIP, por sus siglas en inglés], un familiar u otro tercero) que ayuda a la persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____ Asesor del SHIP Representante autorizado
 Otro (tercero) Yo soy la persona inscrita

Información del productor/agente de seguros:

*Indica que el campo es obligatorio

Nombre de la agencia designada: _____
(escriba en letra de imprenta el nombre de la agencia designada)

N.º de identificación fiscal de la agencia designada*: _____
(escriba en letra de imprenta el número de identificación fiscal de la agencia designada)

Nombre del productor/agente de seguros*: _____
(escriba en letra de imprenta el nombre del productor/agente de seguros)

N.º Nacional de Productor (NPN, por sus siglas en inglés) individual del productor/agente de seguros*: _____
(escriba en letra de imprenta el NPN individual del productor/agente de seguros)

N.º de teléfono del productor/agente de seguros: _____

Dirección electrónica del productor/agente de seguros: _____

Fecha en que el productor/agente de seguros recibió la solicitud (MM/DD/AAAA): _____

Firma del productor/agente de seguros: _____

Con mi firma, certifico 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.

Blue Shield of California es un plan HMO y un plan 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.