



Declaración para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI) Healthy Grocery de Blue Shield Inspire (HMO D-SNP)

Este plan incluye un beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) llamado Healthy Grocery (Comidas Saludables). Para ser elegible para este beneficio, usted debe tener uno o más de los siguientes problemas de salud crónicos. Elija el que corresponda de los siguientes problemas de salud que califican:

Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que requiere diálisis (también conocida como enfermedad de los riñones en etapa terminal que requiere diálisis)

Diabetes mellitus (también conocida como diabetes tipo I o tipo II)

Insuficiencia cardíaca crónica

Envíe las **dos** páginas del formulario de SSBCI de Blue Shield Inspire completo:

Por fax al: (877) 251-3660

Por correo a: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

Por correo electrónico a: WHMembership@blueshieldca.com

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar el formulario, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al **(800) 452-4413** (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o visite **blueshieldca.com/medicare**.

Nombre del miembro/solicitante: _____

Apellido del miembro/solicitante: _____

Id. de Medicare: _____ Fecha de nacimiento del miembro/solicitante: _____

Dirección electrónica del miembro/solicitante: _____

Número de teléfono del miembro/solicitante: _____

Declaración de elegibilidad del miembro

Declaro que tengo uno o más de los problemas de salud crónicos mencionados antes y que califico para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos llamado Healthy Grocery. Si se necesita más información, mi plan puede comunicarse con mi proveedor (que aparece abajo). Doy permiso al plan o a uno de sus agentes para comunicarse conmigo en relación con mi beneficio. También entiendo que los beneficios que no se usen no se transferirán de un mes a otro. Entiendo que el SSBCI Healthy Grocery solo estará disponible para mí mientras siga siendo elegible para el plan Blue Shield Medicare Advantage que ofrece este beneficio.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Nombre del apoderado legal: _____

Número de teléfono del apoderado legal: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Dirección del apoderado legal: _____

Firma del apoderado legal: _____ Fecha: _____

Confirmación del proveedor

Declaro que el miembro o solicitante que se menciona arriba cumple uno o más de los requisitos de elegibilidad descritos antes y que califica para el beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos llamado Healthy Grocery.

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。