



Formulario de Solicitud de Inscripción en el Plan Dental HMO o PPO Suplementario Opcional de Blue Shield of California para el año 2025

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Blue Shield of California llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Envíe su formulario de inscripción completo por fax, por correo postal o por correo electrónico:

Correo electrónico: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660

Número de identificación de miembro de Blue Shield:

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2.º:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de teléfono:	Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> 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:

Si ya es miembro de un plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California y desea inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, dé la siguiente información:

Marque en qué plan desea inscribirse.

Plan dental HMO suplementario opcional (\$16 por mes)

(No está disponible en todos los planes y áreas de servicio; vea 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 es necesario elegir un dentista para el plan PPO.

(No está disponible en todos los planes y áreas de servicio; vea el resumen de beneficios del plan para obtener más información).

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.

Dirección electrónica:	Número de teléfono celular:
<p>Al brindar su dirección electrónica arriba, será inscrito automáticamente en el envío electrónico de algunos avisos de su plan.</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>	

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 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).

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.

Nota: Si su plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California tiene una prima mensual, o si actualmente paga una multa por inscripción tardía, cualquier opción de prima del plan que elija en este momento se aplicará a TODOS los componentes de la prima de su plan.

Si no paga la prima de acuerdo con la opción de pago que eligió, recibirá un aviso por escrito y tendrá 3 meses a partir de la fecha de vencimiento del pago para pagarle a Blue Shield of California todas las cantidades que debe. Si no paga todas las cantidades que debe en ese momento, Blue Shield of California cancelará su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

Una vez que se haya inscrito en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional, su membresía continuará mientras pague sus primas según lo especificado por el plan y siga inscrito como miembro del plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California.

Debe ser miembro de un plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California para ser elegible para inscribirse en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Si cancela su inscripción en nuestro plan de medicamentos recetados Medicare Advantage de Blue Shield of California, también se cancelará su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional. Si solo cancela su inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional y desea volver a inscribirse más adelante, debe esperar 6 meses a partir de la fecha de cancelación de la inscripción y pagar las cantidades de las primas que deba para poder inscribirse de nuevo en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud 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.

Su 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: _____

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

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association MR15027-FF-SP_1024