

# Guía de aceptación garantizada

## Planes suplementarios de Medicare de Blue Shield of California

Si usted recientemente fue elegible para Medicare o si perdió o terminó su cobertura de salud con otro plan, es posible que califique para la aceptación garantizada en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield en ciertas situaciones. Esta guía lo ayudará a saber si califica para la aceptación garantizada. **Si usted tiene 64 años o menos y tiene enfermedad de riñones terminal, no es elegible para inscribirse.**

**Importante:** Tenga en cuenta que esta guía es solo un resumen y está diseñada para ayudarlo a conocer las distintas situaciones que pueden dejarle calificar para la aceptación garantizada en un plan suplementario de Medicare de Blue Shield. No incluye todos los detalles de cada situación. Recuerde que las leyes que regulan los planes de aceptación garantizada cambian con frecuencia. Pídale a su representante de ventas o a su abogado que le confirmen que usted califica para la aceptación garantizada.

Si usted y otros integrantes de su hogar tienen 65 años o más y son aceptados en el mismo tipo de plan de beneficios, ahorrarán un 7 % en sus cuotas mensuales si la cobertura se emite bajo un solo contrato. Bajo un contrato de ahorros para el hogar, cada uno de ustedes debe calificar para la aceptación garantizada; de lo contrario, estarán sujetos al proceso de evaluación para la aprobación del seguro.

Para obtener más información sobre la aceptación garantizada, comuníquese con su agente o con su representante de ventas de Blue Shield llamando al **(855) 217-1539 (TTY: 711** para las personas con problemas auditivos), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 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., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

O bien, si usted ya es un suscriptor, comuníquese con el Servicio al Cliente al **(800) 248-2341 (TTY: 711** para las personas con problemas auditivos), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, durante todo el año.

Para obtener orientación, también puede comunicarse con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Seguros de Salud) de California. El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro de salud para las personas mayores que viven en California. Comuníquese con el HICAP llamando gratis al **(800) 434-0222** para que lo refieran a la oficina del HICAP de su ciudad. El HICAP es un servicio gratuito brindado por el estado de California.

Y0118\_24\_052A1\_SP\_C 02272024

## Cómo usar esta guía:

1. Si usted cree que se encuentra en alguna de las siguientes situaciones, revise sus opciones de planes y cuándo puede presentar la solicitud.
2. Decida qué tipo de plan desea solicitar según las descripciones de planes que están en el folleto Resumen de Beneficios y Disposiciones de Blue Shield.
3. Escriba el número de situación que corresponda en la sección "Aceptación garantizada" de su solicitud.  
Si califica para la aceptación garantizada, no complete las secciones "Declaración sobre la salud" ni "Autorización para la divulgación de historias clínicas" de la solicitud. Si no califica para la aceptación garantizada, debe completar esas secciones.
4. Si cree que califica para la aceptación garantizada, complete la información de respaldo correspondiente en la sección "Información de su cobertura de seguro actual" del formulario de inscripción, o bien incluya una prueba de su cobertura anterior como se describe en el cuadro a continuación.
5. No devuelva esta guía con su solicitud. Guárdela como referencia junto con otros documentos importantes de Blue Shield.

### 1

#### Situación

Usted:

- está inscrito en Medicare y tiene 65 años o más; o
- es nuevo en Medicare, tiene 64 años o menos y no tiene enfermedad de riñones terminal.

#### Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N

#### Cuándo puede presentar la solicitud

- Si tiene 65 años o más: Blue Shield debe recibir su solicitud antes o dentro de los seis (6) meses a partir del primer día del primer mes en el cual usted tenga 65 años o más y esté inscrito para recibir los beneficios de la Parte B de Medicare.
- Si tiene 64 años o menos: Blue Shield debe recibir su solicitud antes o dentro de los seis (6) meses a partir de su inscripción en la Parte B de Medicare, o bien, si recibe un aviso retroactivo de elegibilidad para Medicare, en los seis (6) meses después de ese aviso.

#### Documentación que debe presentar

Asegúrese de completar las siguientes secciones de su solicitud de inscripción:

- Las fechas de comienzo de las Partes A y B de Medicare y su número de Medicare o su Identificador de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés).
- Además, si usted tiene 64 años o menos, debe contestar todas las preguntas de la sección "Información de su cobertura de seguro actual".

### 2

#### Situación

Usted tiene actualmente un plan suplementario de Medicare ofrecido por Blue Shield o por otra aseguradora y desea cambiarse a un plan suplementario de Medicare distinto sesenta (60) días antes del primer día del mes de su cumpleaños, o entre el primer día del mes de su cumpleaños y los sesenta (60) días después de su cumpleaños.

#### Sus opciones de planes

Usted cuenta con un período de inscripción abierta anual, durante el cual puede pasarse a cualquier plan suplementario de Medicare de Blue Shield que ofrezca beneficios equivalentes o inferiores a los que brinda su plan actual. Llame a Blue Shield al número de teléfono que aparece en la página anterior para saber para qué planes califica.

#### Cuándo puede presentar la solicitud

Blue Shield debe recibir su solicitud sesenta (60) días antes del primer día del mes de su cumpleaños, o entre el primer día del mes de su cumpleaños y los sesenta (60) días después de su cumpleaños.

#### Documentación que debe presentar

Si es nuevo en Blue Shield, debe completar el "Aviso para el Solicitante sobre el Reemplazo de la Cobertura Suplementaria Medicare o la Cobertura de Medicare Advantage" (que está en la solicitud). Debe presentar una prueba de su tipo de plan o de la tarjeta de identificación de su compañía de seguros actual. Si es un miembro existente de Blue Shield, debe completar la "Solicitud de Transferencia del Plan Suplementario de Medicare". Llame a Blue Shield (vea los números de teléfono en la primera página de este documento) para solicitar la "Solicitud de Transferencia".

### 3

#### **Situación**

Usted se inscribió en una de las siguientes opciones:

- un plan Medicare Advantage;
- un plan de costos de Medicare o una organización similar que opere bajo la autoridad del proyecto de demostración, antes del 1 de abril de 1999;
- un plan prepago de atención de la salud; o
- una póliza de Medicare Select.

Y, además, se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- se cancelará la certificación de la organización o del plan;
- la organización cancelará o suspenderá el plan en el área de servicio donde usted vive; o
- usted ya no es elegible porque se mudó fuera del área de servicio del plan.

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

#### **Cuándo puede presentar la solicitud**

Si la cancelación de su cobertura es involuntaria, puede presentar su solicitud en cualquier momento después de recibir el aviso de cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura. Sin embargo, si está inscrito en un plan Medicare Advantage, debe presentar su solicitud en los ciento veintitrés (123) días después de la fecha en que se cancela su cobertura.

#### **Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluidas la fecha y la razón de terminación de la cobertura) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.<sup>2</sup> Debe presentar una copia del aviso de cancelación de la cobertura anterior con su nombre, la fecha y la razón de la cancelación, o bien un Certificado de Cobertura Anterior.

### 4

#### **Situación**

Usted recibió un aviso de cancelación o se canceló su cobertura de cualquier plan de salud patrocinado por el empleador, incluido cualquier plan de salud para jubilados patrocinado por el empleador. Esto incluye la cancelación debido a que dejó de ser elegible, ya sea por divorcio o por fallecimiento del cónyuge.

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

#### **Cuándo puede presentar la solicitud**

Blue Shield debe recibir su solicitud en seis (6) meses a partir del aviso de cancelación o, si no recibió el aviso, en seis (6) meses a partir de la fecha en que terminó su cobertura de salud patrocinada por el empleador.

#### **Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluida la fecha de terminación) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.<sup>2</sup> Incluya una prueba de la cancelación del plan de salud patrocinado por el empleador.

### 5

#### **Situación**

Usted se inscribió en un plan suplementario de Medicare, pero perdió su cobertura porque se mudó fuera del área de servicio del plan.

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

#### **Cuándo puede presentar la solicitud**

Blue Shield debe recibir su solicitud en seis (6) meses a partir de la fecha de cancelación de la cobertura.

#### **Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.<sup>2</sup> También debe presentar documentación en la que se explique la razón de la cancelación, así como una copia del aviso de cancelación de la cobertura anterior con su nombre, la fecha y la razón de la cancelación, o bien un Certificado de Cobertura Anterior.

## 6

### Situación

Durante su período de inscripción inicial de seis (6) meses para la Parte A de Medicare, usted se inscribió en un plan Medicare Advantage o en un proveedor del Programa de Atención Completa para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés) y luego canceló su inscripción en el plan o programa en los doce (12) meses después de la fecha de comienzo de dicha inscripción.

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

### Cuándo puede presentar la solicitud

Si la cancelación de su cobertura es voluntaria, puede presentar una solicitud sesenta (60) días antes de la fecha de comienzo de la cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.

### Documentación que debe presentar

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluida la fecha de terminación) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.<sup>2</sup> Para acelerar el procesamiento, incluya documentación sobre la cancelación del plan Medicare Advantage.

## 7

### Situación

Usted estaba inscrito en un plan suplementario de Medicare y después se inscribió en un plan Medicare Advantage o con un proveedor del PACE, y:

- su cobertura fue cancelada involuntariamente en los doce (12) meses después de la fecha de comienzo de la inscripción; y
- usted se inscribió después en otro plan Medicare Advantage o en otro plan de un proveedor del PACE y canceló su inscripción en ese plan en los veinticuatro (24) meses después de la fecha de comienzo del primer plan.

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N; o**

- el plan suplementario de Medicare que tenía antes, si esa compañía de seguros todavía lo ofrece para la venta.

### Cuándo puede presentar la solicitud

Si la cancelación de su cobertura es involuntaria, puede presentar su solicitud en cualquier momento después de recibir el aviso de cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura. Sin embargo, si está inscrito en un plan Medicare Advantage, debe presentar su solicitud en los ciento veintitrés (123) días después de la fecha en que se canceló la cobertura.

### Documentación que debe presentar

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluidas la fecha y la razón de terminación de la cobertura) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.

Incluya documentación (tarjeta de identificación o estado de cuenta anteriores) del tipo de plan suplementario de Medicare anterior y de los planes Medicare Advantage anteriores cuando presente la solicitud. Entregue la cancelación del plan Medicare Advantage después de que se apruebe la solicitud.

## 8

### Situación

Usted tiene 65 años o más, está inscrito con un proveedor del PACE y se encuentra en una de las siguientes situaciones que permiten la cancelación de la inscripción:

- se cancelará la certificación de la organización;
- la organización cancelará o suspenderá los servicios en el área de servicio donde usted vive;
- usted ya no es elegible porque se mudó fuera del área de servicio;
- la organización no cumplió considerablemente una regla sustancial del contrato con el organismo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid); o
- la organización o el agente de la organización falsificaron considerablemente una regla del programa al ofrecerle el contrato a usted.

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

---

### **Cuándo puede presentar la solicitud**

- Si la cancelación de su cobertura es involuntaria, puede presentar su solicitud en cualquier momento después de recibir el aviso de cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.
- Si la cancelación de su cobertura es voluntaria, puede presentar una solicitud sesenta (60) días antes de la fecha de comienzo de la cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.

---

### **Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluidas la fecha y la razón de terminación de la cobertura) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada. Incluya una prueba de la cancelación.

## **9**

### **Situación**

Usted canceló su inscripción en un plan suplementario de Medicare y después se inscribió por primera vez en alguna de las siguientes opciones:

- un plan Medicare Advantage;
- un plan de costos de Medicare o una organización similar que opere bajo la autoridad del proyecto de demostración, antes del 1 de abril de 1999;
- un plan de un proveedor del PACE; o
- una póliza de Medicare Select.

Después canceló su inscripción en los primeros doce (12) meses.

---

### **Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

- el plan suplementario de Medicare que tenía antes, si esa compañía de seguros todavía lo ofrece para la venta.

---

### **Cuándo puede presentar la solicitud**

Si la cancelación de su cobertura es voluntaria, puede presentar una solicitud sesenta (60) días antes de la fecha de comienzo de la cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.

---

### **Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluida la fecha de terminación) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.

Incluya documentación (tarjeta de identificación o estado de cuenta anteriores) del tipo de plan suplementario de Medicare anterior cuando presente la solicitud. Entregue la cancelación del plan Medicare Advantage después de que se apruebe la solicitud.

## **10**

### **Situación**

Usted canceló su inscripción en un plan suplementario de Medicare y después se inscribió por primera vez en alguna de las siguientes opciones:

- un plan Medicare Advantage;
- un plan de costos de Medicare o una organización similar que opere bajo la autoridad del proyecto de demostración, antes del 1 de abril de 1999;
- un plan de un proveedor del PACE; o
- una póliza de Medicare Select.

Sin embargo, su cobertura fue cancelada involuntariamente en los doce (12) meses después de la fecha de comienzo de la inscripción. Usted se inscribió después en otro plan similar y canceló su inscripción en ese plan en los veinticuatro (24) meses después de la fecha de comienzo del primer plan.

---

### **Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N; o**

- el plan suplementario de Medicare que tenía antes, si ese emisor todavía lo ofrece.

---

### **Cuándo puede presentar la solicitud**

Si la cancelación de su cobertura es involuntaria, puede presentar su solicitud en cualquier momento después de recibir el aviso de cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura. Sin embargo, si está inscrito en un plan Medicare Advantage, debe presentar su solicitud en los ciento veintitrés (123) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.

---

---

### Documentación que debe presentar

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluidos el nombre y la fecha de terminación de sus tres aseguradoras anteriores) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.

Incluya documentación (tarjeta de identificación o estado de cuenta anteriores) del tipo de plan suplementario de Medicare anterior y de los planes Medicare Advantage anteriores cuando presente la solicitud. Entregue la cancelación del plan Medicare Advantage después de que se apruebe la solicitud.

## 11

### Situación

Usted se inscribió en un plan de salud suplementario de Medicare patrocinado por el empleador y se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- el plan cancela o deja de brindarle todos esos beneficios de salud suplementarios; o
- el empleador ya no le brinda el seguro que cubre el pago completo del coseguro del 20 %.

---

### Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N

#### Cuándo puede presentar la solicitud

Puede presentar una solicitud ante Blue Shield durante el período de aceptación garantizada, que termina sesenta y tres (63) días después de la fecha de cancelación de la cobertura y comienza en una de estas dos fechas, la que sea más reciente:

- la fecha en que recibió el aviso de cancelación o, si no recibió el aviso, la fecha en que recibió el aviso de rechazo de la reclamación debido a la cancelación de los beneficios; o
- la fecha de cancelación de la cobertura.

---

### Documentación que debe presentar

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluidas la fecha y la razón de terminación de la cobertura) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.<sup>2</sup>

Incluya una prueba de la reducción o cancelación de los beneficios.

## 12

### Situación

Usted es elegible para tener acceso a Medicare como militar retirado, cónyuge o dependiente y perdió el acceso a los servicios de atención de la salud porque:

- la base militar cerró;
- la base militar ya no ofrece servicios; o
- usted se mudó.

---

### Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N

#### Cuándo puede presentar la solicitud

Blue Shield debe recibir su solicitud en seis (6) meses a partir de la fecha en que perdió el acceso a los servicios de atención de la salud en la base militar.

---

### Documentación que debe presentar

Debe presentar documentación en la que se explique la razón por la que ya no tiene acceso a los servicios de atención de la salud en la base militar.

## 13

### Situación

Usted se inscribió en una de las siguientes opciones:

- un plan Medicare Advantage;
- un plan de costos de Medicare o una organización similar que opere bajo la autoridad del proyecto de demostración, antes del 1 de abril de 1999;
- un plan prepago de atención de la salud;
- un plan suplementario de Medicare; o
- una póliza de Medicare Select.

Sin embargo, se canceló la cobertura porque usted demostró que:

- la compañía no cumplió considerablemente una regla sustancial del contrato; o
  - la compañía o el agente de la compañía falsificaron considerablemente una regla del plan al ofrecerle el contrato a usted.
-

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

---

**Cuándo puede presentar la solicitud**

Puede presentar una solicitud sesenta (60) días antes de la fecha de comienzo de la cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.

**Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluidas la fecha y la razón de terminación de la cobertura) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada.<sup>2</sup>

Incluya una carta detallada que describa la falsificación. Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, incluya documentación sobre la cancelación.

**14****Situación**

Usted se inscribió en un plan Medicare Advantage de Blue Shield, y Blue Shield:

- redujo alguno de sus beneficios;
- aumentó la cantidad del costo compartido o de la prima; o
- suspendió (por una razón que no está relacionada con la calidad de la atención) un contrato con un proveedor que actualmente le brinda servicios a usted.

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

---

**Cuándo puede presentar la solicitud**

Puede presentar una solicitud sesenta (60) días antes de la fecha de comienzo de la cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura.

**Blue Shield debe obtener esta verificación**

Usted debe cancelar el plan Medicare Advantage después de que se apruebe la solicitud para el plan suplementario de Medicare. Blue Shield verificará la cancelación del plan Medicare Advantage en el sistema de elegibilidad de Blue Shield.

**15****Situación**

Usted se inscribió en un plan suplementario de Medicare, pero la cobertura se interrumpió:

- porque la compañía se declaró en quiebra o no es solvente; o
- debido a otra cancelación involuntaria de la cobertura según el contrato.

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

---

**Cuándo puede presentar la solicitud**

Puede presentar una solicitud ante Blue Shield durante el período de aceptación garantizada, que termina sesenta y tres (63) días después de la fecha de cancelación de la cobertura y comienza en una de estas dos fechas, la que ocurra primero:

- la fecha en que recibe el aviso de cancelación, quiebra, falta de solvencia u otro aviso similar; o
- la fecha de cancelación de la cobertura.

**Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada. También debe presentar una copia del aviso de cancelación de la cobertura anterior con su nombre, la fecha y la razón de la cancelación, o bien un Certificado de Cobertura Anterior.

**16****Situación**

Usted está inscrito en la Parte B de Medicare y le informaron que, debido a un aumento en sus ingresos o sus bienes, se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- ya no es elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal;
- solamente es elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal con un costo compartido (y usted certifica, en el momento de presentar su solicitud ante Blue Shield, que no ha alcanzado la parte del costo).

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N**

---

---

**Cuándo puede presentar la solicitud**

Blue Shield debe recibir su solicitud en seis (6) meses a partir de la fecha del aviso de cancelación o de la emisión del aviso que indica que su costo compartido aumentará debido a un cambio en sus ingresos o sus bienes.

---

**Documentación que debe presentar**

Debe presentar una copia del aviso del programa Medi-Cal que indica la cancelación debido a un cambio en sus ingresos o sus bienes, o una copia del aviso del programa Medi-Cal que indica que su costo compartido aumentará debido a un cambio en sus ingresos o sus bienes, junto con una certificación que indique que usted no ha alcanzado la parte del costo.

---

**17****Situación**

Usted se inscribió en un plan Medicare Advantage, y ese plan:

- redujo alguno de sus beneficios;
- aumentó la cantidad del costo compartido o de la prima; o
- suspendió (por una razón que no está relacionada con la calidad de la atención) un contrato con un proveedor que actualmente le brinda servicios a usted.

Además, ningún plan suplementario de Medicare está disponible a través de ese emisor, una compañía subsidiaria de la compañía matriz del emisor o una red que tiene un contrato con la compañía matriz del emisor.

---

**Sus opciones de planes: Plan A, F Extra,<sup>1</sup> G, G Extra o N****Cuándo puede presentar la solicitud**

Puede presentar una solicitud sesenta (60) días antes de la fecha de comienzo de la cancelación, pero no más de sesenta y tres (63) días después de la fecha en que se cancela la cobertura, solamente durante el período de elección anual (AEP, por sus siglas en inglés) en el caso de los planes Medicare Advantage, a menos que estos hayan interrumpido su relación con un proveedor que actualmente le brinda servicios a la persona.

---

**Documentación que debe presentar**

Asegúrese de completar la sección "Información de su cobertura de seguro actual" (incluida la fecha de terminación) de su solicitud del plan suplementario de Medicare, que debe estar firmada. Usted debe cancelar el plan Medicare Advantage después de que se apruebe la solicitud para el plan suplementario de Medicare.

Para acelerar el procesamiento, incluya una copia de la carta en la que se notifican los cambios anuales.

Si se trata de la interrupción de relaciones con proveedores, incluya una carta de cancelación del proveedor.

---

**Notas finales**

1. El plan F Extra solamente está disponible para los solicitantes que cumplieron 65 años o que fueron elegibles por primera vez para los beneficios de Medicare debido a una discapacidad antes del 1 de enero de 2020.
2. Blue Shield tiene derecho a pedir una copia del aviso de cancelación de la cobertura anterior con su nombre y la fecha de cancelación, o bien un Certificado de Cobertura Anterior.