



Blue Shield of California para 2024

Formulario de solicitud de inscripción en el plan dental HMO o PPO suplementario opcional

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Blue Shield of California 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, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

Fax: (877) 251-3660

N.º de identificación de miembro de Blue Shield

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
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"/> Móvil	

Dirección de residencia permanente (no indique una casilla de correo):

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente

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** (\$15.00 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** (\$45.00 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.

N.º de teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Al indicar su dirección de correo electrónico arriba, usted queda automáticamente inscrito en la entrega sin papel para algunas de las comunicaciones de su plan.

Recibirá por correo electrónico muchas de las comunicaciones que el plan debe enviarle. Le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando haya nuevas comunicaciones (por ejemplo, una Explicación de Beneficios o la Notificación Anual de Cambios) disponibles en Internet. Puede obtener acceso a estas comunicaciones a través de cualquier dispositivo, como una computadora, una tableta o un teléfono móvil.

- En lugar de la entrega sin papel, le enviaremos copias impresas de los materiales obligatorios. Tenga en cuenta que algunas comunicaciones son de gran tamaño y quizás no entren en todos los buzones. Puede cambiar sus preferencias de entrega 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, o bien 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 de: Seguro Social RRB

(Es posible que pasen 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 la fecha en que empiecen las retenciones. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueban su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa con sus primas mensuales).

Si 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 nuevamente 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 que 2) la documentación de esa persona autorizada 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:

Información del productor: El nombre y el número de identificación o el Número Nacional de Productor (NPN, por sus siglas en inglés) del productor **son obligatorios.**

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

N.º de identificación de la agencia: _____
(Escriba en letra de imprenta el número de identificación de impuestos de la agencia).

Nombre del productor (agente de seguros) (obligatorio): _____
(Escriba en letra de imprenta el nombre del agente de seguros).

N.º de identificación del productor: _____
(Escriba en letra de imprenta el número de identificación de impuestos del agente).

NPN o Número de Identificación del Contribuyente (TIN) del productor (agente de seguros) (se exige uno): _____
(Escriba en letra de imprenta el NPN o el TIN)

N.º de teléfono del productor: _____

Dirección de correo electrónico del productor: _____

Fecha en que el productor recibió el pedido (MM/DD/AAAA): _____

Firma del productor: _____

Con mi firma, certifico que he leído y entendido las reglas de inscripción y las normas de comercialización y comunicación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), 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.