

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual para el año 2024

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar en los Estados Unidos de manera legal.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener las siguientes coberturas (las dos):

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario).
- La Parte B de Medicare (seguro médico).

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura empiece el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses después de tener Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que tiene permitido inscribirse en un plan o cambiar de planes.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y su número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

Para recordar:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Cuál es el próximo paso?

Envíe su formulario completo y firmado por correo, fax o correo electrónico a los siguientes contactos:

Correo electrónico:

WHMembership@blueshieldca.com

Correo:

Blue Shield of California
PO Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

Fax:

(877) 251-3660

Una vez que se procese su pedido de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Call your Authorized Agent or your Blue Shield Representative at **(888) 534-4263**. TTY users can call **711**. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**.

Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que no tienen hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, pueden considerarse como su dirección de residencia permanente una casilla postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., los cheques del seguro social).

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a contestar un pedido de recopilación de información, salvo que se muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos actuales y reunir los datos necesarios, así como para revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento que incluya su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Reports Clearance Office (Oficina de Validación de Informes) de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no tenga relación con la mejora de este formulario o la recopilación de su información (que se detalla en OMB 0938-1378) se destruirá. No será conservado, revisado ni reenviado al plan. Vea “¿Cuál es el próximo paso?” en esta página para enviarle su formulario completo al plan.

Y0118_23_468D_SP_M Approved 09192023

H2819_23_468D_SP_M Approved 09192023

Sección 1. Todos los campos de esta sección son obligatorios (salvo que se indique que son opcionales)

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

Blue Shield Inspire (HMO)

- Condados de Alameda/San Mateo (\$18.50 por mes)
- Condados de Los Ángeles/Orange (\$0 por mes)
- Condados de Merced/San Joaquín/Santa Clara/Stanislaus (\$22 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 (\$52.50 por mes)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- Condados de Riverside/San Bernardino (\$0 por mes)

Blue Shield Enhanced (HMO)

- Condados de Los Ángeles/Orange (\$45.50 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)

Blue Shield Inspire (HMO D-SNP)

- Condados de Merced/San Joaquín/Stanislaus (\$0 por mes)

Blue Shield Inspire (HMO) en los condados de Alameda, Merced, San Joaquín, San Mateo, Santa Clara y Stanislaus, y Blue Shield Inspire (HMO D-SNP) en los condados de Merced, San Joaquín y Stanislaus incluyen uno o más Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés). Los SSBCI forman parte de los beneficios suplementarios especiales disponibles en planes seleccionados. No todos los miembros de los planes calificarán. Vea la Evidencia de Cobertura para obtener detalles y los requisitos de elegibilidad. Para ser elegible para cada beneficio SSBCI, usted debe tener al menos uno de los problemas de salud crónicos calificantes requeridos que pueden cambiar según el plan. Consulte el formulario de "Declaración de Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos" (SSBCI) que está incluido en el paquete de inscripción o por Internet, o comuníquese con Servicio al Cliente llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para obtener una copia.

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

- Plan dental HMO suplementario opcional** (\$15 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 por mes)
(no está disponible en todos los planes y áreas de servicio; vea el Resumen de Beneficios del plan para obtener más información).

No es necesario elegir un dentista para el plan PPO.

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo: (opcional)
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):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (puede indicar una casilla postal):

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Conteste las siguientes preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como la de Asuntos de Veteranos [VA, por sus siglas en inglés] o TRICARE) además de un plan Medicare Advantage de Blue Shield?

Sí No

Cobertura de medicamentos recetados:

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

Cobertura médica:

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa Medicaid (Medi-Cal) de su estado? Sí No
Si contesta "Sí", indique su número de Medicaid (Medi-Cal)

IMPORTANTE: Lea y firme debajo:

- Debo mantener el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para seguir inscrito en un plan Medicare Advantage de Blue Shield.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que mi plan Medicare Advantage de Blue Shield compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante). Usted puede decidir si desea contestar este formulario. Sin embargo, la inscripción en el plan puede verse afectada si no contesta.
- Entiendo que solamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio [PFFS, por sus siglas en inglés] MA y planes de cuentas de ahorros médicos [MSA, por sus siglas en inglés] MA).
- Entiendo que, cuando empiece la cobertura de mi plan Medicare Advantage de Blue Shield, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por medio del plan Medicare Advantage de Blue Shield. Los beneficios y servicios brindados por mi plan Medicare Advantage de Blue Shield e incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de mi plan Medicare Advantage de Blue Shield estarán cubiertos. Ni Medicare ni mi plan Medicare Advantage de Blue Shield pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 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 (según lo descrito anteriormente), 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, firme arriba y complete estos campos.

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

Sección 2. 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.

¿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, mexicoestadounidense 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 | |

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

Llame a Servicio al Cliente al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible 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.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Nombre del médico, de la clínica o del centro de salud:

N.º de identificación del médico, de la clínica o del centro de salud:

Nombre del grupo del médico, de la clínica o del centro de salud:

¿Es paciente actual? Sí No

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.

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)

N.º NPN o TIN del productor (agente de seguros) (se exige uno): _____

(escriba en letra de imprenta el número NPN o TIN)

N.º de teléfono del productor: _____

Dirección electrónica del productor: _____

Fecha en que el productor recibió la solicitud: _____

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 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.

Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de las inscripciones de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar información relacionada con las inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema N.º 09-70-0588, "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", del System of Records Notice (SORN, Aviso sobre el Sistema de Registros). Usted puede decidir si desea contestar este formulario. Sin embargo, la inscripción en el plan puede verse afectada si no contesta.

Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que tal vez le dejen inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera del período mencionado.

Lea las siguientes situaciones cuidadosamente y marque la casilla si la situación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, hasta donde sabe, es elegible para un período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Fui liberado de la cárcel recientemente. Recuperé mi libertad el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los Estados Unidos el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Recientemente obtuve la categoría de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve esta categoría el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Recientemente hubo un cambio en mi inscripción en Medicaid (empecé a tener la cobertura de Medicaid, hubo un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí mi cobertura de Medicaid) el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (empecé a recibir Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o dejé de tener Ayuda Adicional) el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado donde vivo me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo un cambio.
- Vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo), me mudaré a un centro o recientemente me fui de un centro. Me mudé/mudaré al centro, o me fui/me iré del centro el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.

- Recientemente dejé un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (del mismo nivel que la de Medicare) de forma involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Dejaré de tener la cobertura que me da mi empleador o unión el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Formo parte de un programa de ayuda farmacéutica que brinda el estado en el que vivo.
- Mi plan cancelará el contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Estuve inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales necesarios para seguir en el plan. Se canceló mi membresía en el SNP el (coloque la fecha MM/DD/AAAA)
_____.
- Fui afectado por una catástrofe o una emergencia climática (de acuerdo con las declaraciones de la Federal Emergency Management Agency [FEMA, Agencia Federal para el Manejo de Emergencias] o de una entidad de gobierno local, estatal o federal). Una de las otras situaciones enumeradas aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe natural.
 - No pude inscribirme durante el Período de Elección Inicial (IEP, por sus siglas en inglés)
 - No pude inscribirme durante el Período de Inscripción Anual (AEP, por sus siglas en inglés)
- Estoy en un plan del que se ha hecho cargo recientemente la autoridad reguladora estatal o territorial debido a problemas financieros. Deseo cambiarme a otro plan.
- Estoy en un plan que tuvo una calificación por estrellas de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Deseo inscribirme en un plan con una calificación por estrellas de 3 estrellas o más.
- Soy nuevo en Medicare Y el derecho a Medicare se hizo de forma retroactiva, por lo que me notificaron de la obtención de Medicare después de la fecha de comienzo de mi Parte A y/o B.

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no lo sabe con seguridad, llame a Blue Shield of California al **(888) 534-4263 (TTY: 711)** o a un agente autorizado para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es 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.