



Solicitud para Planes de Salud Individuales y Familiares de Blue Shield

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Use esta solicitud para pedir, directamente de Blue Shield, la cobertura de un plan individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) de Blue Shield. Para hacer cambios o inscribirse en planes que solamente vende Covered California, debe comunicarse con Covered California.

LA SOLICITUD SE DEBE COMPLETAR CON TINTA AZUL O NEGRA Y EN LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA. Asegúrese de contestar todas las preguntas de la forma más completa y exacta posible, y de incluir la prima del primer mes para evitar que se le devuelva la solicitud. Envíe TODAS las páginas, de la 1 a la 14, de su solicitud completa junto con cualquier otra documentación complementaria a Blue Shield Attn: I&B – Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969. También puede enviarla por fax al (888) 386-3420. La manera más rápida y eficaz de enviar su solicitud es por Internet en buyblueshieldca.com.

Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame a Blue Shield al (888) 256-3650 o comuníquese con su agente. Debe marcar las casillas de la siguiente manera: [X]

(SOLO PARA USO DEL PRODUCTOR) CÓDIGO DE MERCADO

Motivo de la solicitud (elijá una opción): [] Inscripción abierta [] Período de inscripción especial Al elegir una situación calificante del período de inscripción especial, certifica que, hasta donde usted sabe, es elegible para un período de inscripción especial.

Fecha en la que ocurrió la situación de vida calificante: _____

Explique la situación de vida calificante: _____

Nota: Para elegir una cobertura, debe pedirla dentro de los 60 días después de la fecha en la que ocurrió la situación de vida calificante.

Elijá una opción: [] Empezar una nueva inscripción [] Cambiarse a un plan diferente [] Agregar un familiar dependiente a la cobertura actual

Si agrega un dependiente a la cobertura actual y/o pide un cambio de plan, indique el número de identificación de suscriptor de Blue Shield del suscriptor actual: _____

Parte 1: Información de la cobertura de salud del solicitante principal

Usted es elegible para pedir un plan de salud individual y familiar de Blue Shield si vive en California y no está inscrito en la cobertura de Medicare. La o las opciones de plan médico, dental y/o de la vista que se elijan para el solicitante principal se aplicarán a todos los dependientes/personas que se incluyan en esta solicitud. Las personas que deseen inscribirse en una opción de plan distinta de la del solicitante principal deben completar una solicitud especial por separado y enviar la cuota/prima del primer mes por separado.

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

Form with fields for name, gender, marital status, and birth date.

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza y/o grupo étnico? Esta información es confidencial y se usará para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso a la atención de la salud. No se usará para decidir para qué servicios de atención de la salud califica usted.

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>1. ¿Es usted de origen hispano o latino? (Elija una sola opción)</p> | <p>2. Si contesta "Sí", elija una opción:</p> | <p>3. ¿A qué raza pertenece? (Elija una)</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p> | <p><input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoestadounidense o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> 2 o más grupos étnicos <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano</p> | <p><input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> 2 o más razas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar</p> |

Si hay dependientes aplicables incluidos en su solicitud, ¿son todos los dependientes de la misma raza y/o del mismo grupo étnico que el solicitante principal?

Sí No Si contesta "No", indique la raza y/o el grupo étnico para cada uno de sus dependientes en la Parte 3.

| | |
|--|--|
| <p>Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> En papel</p> | <p>N.º de teléfono celular del solicitante</p> |
| <p>N.º de teléfono alternativo del solicitante (línea fija)</p> | <p>Teléfono del trabajo del solicitante</p> |

Dirección electrónica del solicitante (Entiendo y acepto que pueden comunicarse conmigo por correo electrónico):

Parte 1: Información de la cobertura de salud del solicitante principal (continuación):

Si es un miembro actual de Blue Shield, indique el número de identificación de suscriptor:

| | | |
|---|---------------|---------------------------|
| <p>Dirección del hogar (NO se aceptan casillas postales)</p> | | <p>N.º de apartamento</p> |
| <p>Ciudad</p> | <p>Estado</p> | <p>Código postal</p> |
| <p>Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)</p> | | <p>N.º de apartamento</p> |
| <p>Ciudad</p> | <p>Estado</p> | <p>Código postal</p> |
| <p>Dirección postal (si es distinta de la dirección del hogar)</p> | | <p>N.º de apartamento</p> |
| <p>Ciudad</p> | <p>Estado</p> | <p>Código postal</p> |

Opción de plan de salud (marque solo una casilla):

Planes de Blue Shield of California:

Planes Exclusive PPO

- Blue Shield Platinum 90 PPO
- Blue Shield Gold 80 PPO
- Silver 70 Off Exchange PPO
- Silver 1750 PPO
- Blue Shield Bronze 60 PPO
- Blue Shield Minimum Coverage PPO

Planes HDHP: Nuestros planes de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) pueden combinarse con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés)

- Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO
- Silver 2600 HDHP PPO

Planes Trio HMO

- Blue Shield Platinum 90 Trio HMO
- Blue Shield Gold 80 Trio HMO
- Silver 70 Off Exchange Trio HMO
- Bronze 7500 Trio HMO

Elija y designe a su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), grupo médico o centro de salud. Para ver una lista de proveedores participantes, visite blueshieldca.com/fad.

Nota: Si no elige activamente un médico de atención primaria (PCP) válido al inscribirse y ha elegido un plan Trio HMO, se le puede asignar automáticamente un PCP virtual al momento de la inscripción. Los PCP virtuales ofrecen la ventaja de los servicios de telesalud exclusivamente por video o por teléfono para brindar una gran variedad de servicios de atención similares a los que brindan los PCP en persona. Un PCP virtual coordina toda su atención, lo que incluye cualquier tipo de atención especializada y en persona que se necesite dentro de la red de proveedores de Trio. Para ver a un especialista o un proveedor en persona se necesitará una referencia de su PCP virtual.

Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame a Blue Shield al **(888) 256-3650** o comuníquese con su agente.

Nombre del médico, del grupo médico o del centro de salud (obligatorio): _____

N.º de licencia/identificación del médico, del grupo médico o del centro de salud (obligatorio): _____

Nombre del grupo del médico, del grupo médico o del centro de salud (obligatorio): _____

¿Es paciente actual? (Obligatorio): Sí No

Durante la Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés), si usted envía su solicitud antes del 31 de diciembre, es elegible para que la fecha de comienzo de su cobertura sea el 1 de enero. Si la envía antes del 31 de enero, es elegible para que la fecha de comienzo sea el 1 de febrero. Durante un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés), la fecha de comienzo dependerá de su situación de vida calificante y de la fecha en la que envíe su solicitud. Para ver detalles específicos, visite blueshieldca.com/QEchecklist.

Para más información sobre la fecha de comienzo de su cobertura, vea el Punto 5 de la Parte 6(b).

Nota: El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) está disponible para todos los planes médicos. Esos documentos muestran un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes. Inicie sesión en blueshieldca.com/policies para descargar el SBC correspondiente a cualquier plan que haya pedido.

¿El solicitante principal vive actualmente en California? Sí No

Si contesta "No", ¿dónde vive el solicitante principal? _____

Indique el idioma de preferencia: Inglés Español Chino Vietnamita Coreano Otro: _____

Método de contacto de preferencia (marque uno): Teléfono del hogar u otro Teléfono celular Teléfono del trabajo Correo electrónico Correo común

Marque esta casilla si anteriormente tuvo cobertura de Blue Shield.

Si tuvo cobertura, indique su número de identificación de suscriptor de Blue Shield anterior (si lo tiene): _____

¿Usted o alguna de las personas que piden la cobertura son elegibles actualmente para la cobertura de Medicare y/o están inscritas en la cobertura de Medicare? Sí No

Si contesta "Sí", marque una opción: Elegible(s) o Inscrito(s).

Indique el nombre del o de los solicitantes: _____

Parte 2: Opciones de planes suplementarios para el solicitante principal

Usted también puede comprar un plan dental, un plan de la vista, un paquete de plan dental + plan de la vista y/o un seguro de vida para complementar su cobertura de salud. Los planes dentales, los planes de la vista, los planes dentales + planes de la vista y/o el seguro de vida también están disponibles para comprarlos sin una cobertura médica. Las opciones de plan dental y de la vista se aplicarán a todos los dependientes/personas que se incluyan en esta solicitud.

Opciones de planes dentales y de la vista (elijá solo un plan dental y/o un plan de la vista, O BIEN Specialty Duo):

| Planes dentales: | | Planes de la vista: | Paquete de plan dental + plan de la vista: |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dental HMO | <input type="checkbox"/> Enhanced Dental PPO 50/2000 | <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/120* | <input type="checkbox"/> Paquete de plan dental + plan de la vista Specialty Duo SM * |
| <input type="checkbox"/> Dental Standard HMO | <input type="checkbox"/> Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime | <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/150* | |
| <input type="checkbox"/> Dental PPO | <input type="checkbox"/> Ortho 1500 | | |
| <input type="checkbox"/> Dental PPO 1500 | | | |

*Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Solo para los planes Dental HMO: Visite blueshieldca.com/fad para buscar un proveedor dental o llame al **(888) 256-3650** si tiene alguna pregunta. Los planes Dental HMO y Dental Standard HMO no están disponibles en todos los códigos postales; específicamente, no están disponibles en los condados de Butte, Humboldt, Lake, Lassen, Nevada, Shasta, Sutter, Tehama, Marin, Napa, San Luis Obispo y Santa Bárbara.

Nombre del proveedor dental: _____ N.º de proveedor dental: _____

Opción de seguro de vida*: El seguro de vida está disponible para los solicitantes de entre 1 y 64 años. La cobertura se ofrece en cantidades de entre \$10,000 y \$100,000. Para las cantidades de beneficio de \$50,000 en adelante se aplican ciertas condiciones. Para comprar una cobertura de seguro de vida, debe completarse una solicitud de seguro de vida por separado. Para conocer las tarifas del seguro de vida y pedir la cobertura, visite nuestro sitio web en blueshieldca.com/term-life.

* Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Nota: Los formularios de Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC, por sus siglas en inglés) están disponibles para todos los planes dentales. Esos formularios muestran un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes. Inicie sesión en blueshieldca.com/policies para descargar los formularios de SDBC correspondientes a cualquier plan dental que haya pedido.

Parte 3(a): Información del cónyuge/pareja doméstica dependiente solicitante

Cónyuge Pareja doméstica Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante _____

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los del solicitante principal) _____

Primer nombre _____ Apellido _____ Inicial del 2.º _____

¿La dirección del cónyuge/pareja doméstica solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado) _____

| | | |
|---|---|--|
| Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> En papel | N.º de teléfono celular del solicitante _____ | N.º de teléfono alternativo del solicitante (línea fija) _____ |
|---|---|--|

Dirección electrónica del solicitante (**Necesaria para enviar comunicaciones electrónicas**) _____

Tengo la autorización de mi pareja/cónyuge para aceptar en su nombre que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse con él/ella sobre nuestra cuenta y los diversos programas de salud y bienestar disponibles para nosotros, y sobre otra información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluidos los mensajes por teléfono o de texto a los números que indiqué en este formulario, por medio de un marcador automático o una voz artificial o pregrabada. Sí No

Parte 3(b): Información de la solicitud del dependiente; hijo 1. Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha.

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: _____ (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|--|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(c): Información de la solicitud del dependiente; hijo 2

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: _____ (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|--|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(d): Información de la solicitud del dependiente; hijo 3

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: _____ (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|--|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(e): Información de la solicitud del dependiente; hijo 4

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: _____ (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|--|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(f): Información de la solicitud del dependiente; hijo 5

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(g): Información de la solicitud del dependiente; hijo 6

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(h): Información de la solicitud del dependiente; hijo 7

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(i): Información de la solicitud del dependiente; hijo 8. Si más de ocho hijos dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si incluye una hoja adicional.

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: (p. ej., hijo/hija) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | | |
|---------------|----------|-----------------|
| Primer nombre | Apellido | Inicial del 2.º |
|---------------|----------|-----------------|

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 4: Información del padre, la madre, el padrastro o la madrastra solicitante

Para agregar un padre, una madre, un padrastro o una madrastra solicitante, el solicitante principal debe tener 26 años como mínimo. El padre, la madre, el padrastro o la madrastra solicitante debe vivir en California y no puede estar inscrito en Medicare. Se aplican otras reglas. Si más de dos padres, madres, padrastros o madrastras dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si incluye una hoja adicional.

¿Los ingresos brutos del padre, la madre, el padrastro o la madrastra durante el año calendario son menores de \$2,000? Sí No

¿El solicitante principal brinda más de la mitad del respaldo del padre, la madre, el padrastro o la madrastra durante el año calendario? Sí No

Puede comunicarse con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) de California para obtener asesoramiento. El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro de salud para las personas mayores que viven en California. El HICAP es un servicio gratis brindado por el estado de California. Para encontrar su oficina local del HICAP, llame al número estatal del HICAP **(1-800-434-0222)** o vea la lista de los programas locales del HICAP al final de esta solicitud. Hay una guía de tarifas disponible en la que se comparan las pólizas que venden distintas aseguradoras. Puede obtener una copia de esta guía de tarifas llamando al número de teléfono gratis para clientes **(1-888-466-2219)** del Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada), llamando al número de teléfono gratis **(1-800-434-0222)** del Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) o ingresando en el sitio web del Department of Managed Health Care (**www.dmhc.ca.gov**).

Parte 4(a): Información del padre, la madre, el padrastro o la madrastra solicitante

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: (p. ej., padre, madre, padrastro o madrastra) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|---|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | |
|---------------|-----------------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º |
|---------------|-----------------|

Apellido

¿La dirección del padre, la madre, el padrastro o la madrastra solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 4(b): Información del padre, la madre, el padrastro o la madrastra solicitante

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Relación: (p. ej., padre, madre, padrastro o madrastra) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
|---|---|-----------------------------------|

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los del solicitante principal)

| | |
|---------------|-----------------|
| Primer nombre | Inicial del 2.º |
|---------------|-----------------|

Apellido

¿La dirección del padre, la madre, el padrastro o la madrastra solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 5: Autorización para revelar información

Al firmar este formulario, usted da su autorización para que un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o su agente de seguros revelen información sobre la atención de su salud y/o la de sus dependientes a Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (en conjunto, Blue Shield) para procesar reclamaciones y administrar los beneficios según el acuerdo de servicios de salud/póliza.

Además, al firmar más abajo, usted autoriza a Blue Shield a revelar esa información sobre la atención de la salud a un proveedor de atención de la salud, una aseguradora, una autoaseguradora, una organización de apoyo en materia de seguros, un plan de salud o su agente de seguros para investigar o evaluar cualquier reclamación de beneficios. La información sobre la atención de la salud que se use o revele según esta autorización puede ser revelada nuevamente y es posible que deje de estar protegida por las leyes federales de privacidad de información de la salud.

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización y a renunciar a la inscripción. No podemos administrar el plan de forma eficaz sin una autorización firmada.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Vencimiento: Esta autorización será válida 1) durante treinta (30) meses a partir de la fecha de esta autorización a los fines de procesar su solicitud, procesar un pedido de restablecimiento o procesar un pedido de cambio de beneficios; 2) durante el tiempo necesario para procesar las reclamaciones que se hagan durante el período de la cobertura; y 3) durante el período de cobertura de todas las demás actividades según el acuerdo de servicios de salud/póliza.

Derecho a cancelar: Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de un aviso de mi cancelación por escrito a Blue Shield. Entiendo que la cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida que Blue Shield haya tomado de acuerdo con esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación por escrito.

| | |
|---|--------------|
| Solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad) | Fecha de hoy |
| Solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad) | Fecha de hoy |
| Cónyuge/pareja doméstica del solicitante | Fecha de hoy |
| Padre, madre, padrastro o madrastra del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy |
| Padre, madre, padrastro o madrastra del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |
| Solicitante de 18 años en adelante | Fecha de hoy |

Siga con la Parte 6; debe incluir su firma y la fecha de hoy en esa sección.

Parte 6(a): Verificación de la exactitud de la información por parte del solicitante

Lea la siguiente información cuidadosamente. Todos los familiares solicitantes de 18 años en adelante deben revisar la solicitud completa y firmarla. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

Soy el único responsable de que la información brindada en esta solicitud sea exacta y esté completa. He revisado personalmente toda la información brindada en esta solicitud, aunque no haya sido yo quien la completó. Hasta donde yo sé, toda la información brindada en esta solicitud es exacta y verdadera, y está completa. Si Blue Shield determina que hay fraude (mediante un hecho, práctica u omisión) o una declaración falsa intencional de un hecho fundamental relacionado con la información de esta solicitud, entiendo que es posible que se cancele la cobertura de acuerdo con lo permitido por la ley.

Para los solicitantes cuyo idioma de preferencia no sea el inglés: Si en la Parte 1 indiqué que mi idioma de preferencia no es el inglés y completé la versión en inglés de esta solicitud (u otra versión que no sea la correspondiente a mi idioma de preferencia), confirmo que entiendo las preguntas que se hacen en esta solicitud.

| | | |
|--|--------------|---|
| Solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta (y relación si el solicitante es menor de edad) |
| Solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta (y relación si el solicitante es menor de edad) |
| Firma del cónyuge/pareja doméstica del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |

Parte 6(b): Autorizaciones, términos y condiciones

Lea los siguientes términos y condiciones cuidadosamente. Todos los solicitantes de 18 años en adelante deben revisar la solicitud completa e incluir su propia firma y autorización. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

1. **Solicitud de cobertura:** Es importante que sepa que Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (según corresponda) pueden rechazar su solicitud de cobertura si usted no es elegible actualmente. Para que la cobertura tenga validez, Blue Shield debe aprobar su solicitud y se debe fijar una fecha de comienzo de la cobertura. Si usa los servicios de un corredor como ayuda para inscribirse, su retribución económica se basa en un porcentaje de su prima mensual total y está cubierta por Blue Shield. Su prima mensual no cambiará si decide usar los servicios de un corredor. Además, su corredor podría recibir una bonificación si cumple con ciertos objetivos de venta.
2. **Cuota/prima del primer mes:** Blue Shield exige que la cuota/prima del primer mes se pague al momento de presentar la solicitud. Visite buyblueshieldca.com o comuníquese con su agente para conocer el costo aproximado de sus cuotas/primas mensuales. Para obtener información sobre las opciones de pago, vea la Parte 8. Si no envía el pago total de las cuotas/primas, se le devolverá su solicitud. Tenga en cuenta que el procesamiento de un pago no significa que se apruebe su solicitud de Blue Shield o Blue Shield Life. Si actualmente no califica para la cobertura, el pago de las cuotas/primas que envíe con su solicitud no será procesado. Si adjunta un cheque, este se destruirá.
3. **Cuotas/primas que se deben:** Blue Shield se reserva el derecho de cobrar las cuotas/primas impagas de la cobertura en los 12 meses anteriores a la fecha de comienzo de la nueva cobertura.
4. **Cuotas/primas:** Las cuotas/primas se deben pagar en su totalidad antes de la fecha de vencimiento. La cobertura será cancelada por no haber pagado las cuotas/primas cuando termine su período de gracia, según lo que se establece en la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza*, y tal como lo permita la ley. Usted tendrá que hacerse cargo del costo total de los servicios de atención de la salud y no podrá pedir una cobertura nueva hasta el próximo período de inscripción abierta.

(Obligatorio) Al marcar esta casilla , reconozco y acepto la siguiente política sobre el pago de las primas de Blue Shield. Además, acepto que yo o un Tercero Pagador Aceptable haremos todos los pagos futuros de primas para mi cobertura de Blue Shield.

El suscriptor es responsable del pago de las cuotas/primas a Blue Shield of California y/o a Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Blue Shield of California no acepta pagos de cuotas/primas directos ni indirectos de ninguna persona o entidad que no sea el suscriptor, sus familiares o un tutor legal, o un "Tercero Pagador Aceptable". Los Terceros Pagadores Aceptables son los siguientes:

- Los programas Ryan White sobre el VIH/sida, de acuerdo con el Título XXVI de la Public Health Services Act (Ley de Servicios de Salud Pública).
- Tribus indígenas, organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas.
- Un programa del gobierno local, estatal o federal legítimo, incluido un beneficiario designado por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre.
- Organizaciones benéficas de buena fe y organizaciones relacionadas con el suscriptor (p. ej., iglesia o empleador) cuando también se cumplan las siguientes condiciones: el pago se garantiza durante todo el año del plan; se da ayuda según criterios definidos de estado financiero y no se tiene en cuenta el estado de salud; la organización no está afiliada a un proveedor de atención de la salud; y la organización no tiene intereses financieros en el pago de una reclamación del plan de salud. Entre las instituciones/organizaciones financieramente interesadas se incluyen las instituciones/organizaciones que reciben la mayor parte de sus fondos de entidades con un interés económico en el pago de reclamaciones del seguro de salud, o las instituciones/organizaciones que están sujetas al control directo o indirecto de entidades con un interés económico en el pago de reclamaciones del seguro de salud.

Si se descubre que las cuotas/primas fueron pagadas directa o indirectamente por una persona o entidad que no es el suscriptor ni los terceros mencionados anteriormente, Blue Shield of California tiene derecho a rechazar el pago e informarle al suscriptor que el pago no fue aceptado y que las cuotas/primas siguen impagas. El procesamiento de cualquier pago no cancela el derecho de Blue Shield of California de rechazar ese pago y los pagos futuros de acuerdo con esta política.

5. **Fecha de comienzo de la cobertura:** Si usted califica para la cobertura, Blue Shield le avisará la fecha de comienzo de su cobertura. Si se deben cuotas/primas adicionales, se debe recibir el pago antes de que empiece la cobertura. No están cubiertos los cargos generados por servicios recibidos antes de la fecha de comienzo o después de que se haya cancelado o terminado la cobertura.
- Es posible que las fechas de comienzo de la cobertura para un período de inscripción especial sean distintas de las fechas de comienzo para un período de inscripción abierta. Blue Shield fija estas fechas de comienzo, que pueden empezar tan pronto como el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud durante el período de inscripción especial, según lo requiera la ley, o en la fecha de nacimiento en el caso de un recién nacido. Para obtener información sobre los períodos de inscripción especial y las fechas de comienzo, comuníquese con Blue Shield.
6. **Aceptación de la solicitud:** Usted entiende que únicamente Blue Shield puede aceptar su solicitud y emitir la cobertura de un plan o una póliza pedidos mediante este formulario. Su agente o corredor de seguros no puede emitir una cobertura, inscribirle en ella ni cambiar ninguno de los términos o las condiciones de la cobertura.
7. **Padres/madres/tutores:** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de un solicitante menor de edad, firme en nombre del solicitante al final de esta Parte 6. El padre, la madre o el tutor legal son las personas que pueden hacer consultas y actuar en nombre del solicitante en relación con esta cobertura (según lo permitido por la ley). Además, usted acepta asumir toda la responsabilidad de los pagos de las cuotas/primas, y cumplir los términos y las condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre ni la madre del solicitante, incluya los documentos judiciales que lo nombran tutor legal del menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique a la persona autorizada para actuar en nombre del menor (solicitante):
- Padre o madre únicamente: _____ (incluya el nombre y la relación); o
- Tutor legal únicamente: _____ (incluya el nombre y la relación); o
- Representante de la orden de apoyo médico calificado infantil _____ (incluya nombre y relación).
- Marque esta casilla si Blue Shield solo puede hacer cambios en el contrato si recibe un pedido por escrito de parte de la persona identificada anteriormente.
8. **Autorización para que el cónyuge/pareja doméstica haga cambios:** Si usted es un solicitante cuyo cónyuge/pareja doméstica también pide la cobertura, indique si autoriza a su cónyuge/pareja doméstica a hacer cambios en el contrato/póliza en su nombre. Usted puede suspender esta autorización en cualquier momento enviando un pedido por escrito a Blue Shield.
- Sí
 No
9. **Autorización para que su agente brinde u obtenga información:** Al dejar esta casilla en blanco, usted autoriza a su agente, corredor o productor de seguros (denominado "su agente") a tener acceso a toda la información incluida en esta solicitud. Marque esta casilla si **no quiere** autorizar a su agente a hacer esto.
-
10. **Proceso para autorizar a Blue Shield a revelar información personal y sobre la salud a un tercero:** Si desea autorizar a su cónyuge, a su pareja doméstica o a un tercero a obtener acceso a la información personal sobre su salud, complete el formulario llamado Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Autorización para el Uso o Revelación de Información sobre la Salud). Para obtener este formulario, visite [blueshieldca.com/Privacy](https://www.blueshieldca.com/Privacy) o llame al **(888) 256-3650**.
11. **La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**
12. **Respuesta a la información pedida:** Usted acepta cooperar con Blue Shield (o Blue Shield Life, según corresponda) brindando los documentos y otra información que se le pida (como órdenes judiciales para brindar cobertura a dependientes, etc.) o el acceso a ellos con el fin de confirmar la información incluida en esta solicitud de cobertura. Usted reconoce y acepta que si no brinda o si se niega a brindar esos documentos u otra información que se le pida se puede rechazar su solicitud o rescindir o cancelar su cobertura.

13. **Recibir material y avisos de manera electrónica o impresa:** Usted recibirá material y avisos necesarios relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico, en **blueshieldca.com/policies** y/o al iniciar sesión en el sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**, según corresponda. Los documentos disponibles para usted de forma electrónica incluyen lo siguiente:
- Tarjeta de identificación de suscriptor de Blue Shield.
 - Declaración de Beneficios (SOB, por sus siglas en inglés).
 - Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC).
 - *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud (EOC, por sus siglas en inglés)/Póliza.*
 - Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC).
- Tiene derecho a recibir material impreso por correo postal en cualquier momento y sin costo alguno. Si desea recibir material impreso por correo postal o cancelar la autorización para recibir avisos por correo electrónico, o si tiene alguna pregunta, llame al **(888) 256-3650**.
14. **Médico de atención primaria (PCP) virtual:** Usted acepta que, si no elige activamente un médico de atención primaria (PCP) válido al inscribirse y ha elegido un plan Trio HMO, se le puede asignar automáticamente un PCP virtual al momento de la inscripción. Los PCP virtuales ofrecen la ventaja de los servicios de telesalud exclusivamente por video o por teléfono para brindar una gran variedad de servicios de atención similares a los que brindan los PCP en persona. Un PCP virtual coordina toda su atención, lo que incluye cualquier tipo de atención especializada y en persona que se necesite dentro de la red de proveedores de Trio. Para ver a un especialista o un proveedor en persona se necesitará una referencia de su PCP virtual.

He revisado todas las respuestas que se relacionan conmigo en esta solicitud. He leído el Resumen de Beneficios (SOB, por sus siglas en inglés), el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), según corresponda, y los términos y las condiciones de la cobertura, y las autorizaciones establecidas anteriormente. Con mi propia firma más abajo, declaro que la información que di en esta solicitud es exacta y está completa hasta donde yo sé, y entiendo y acepto los términos y las condiciones de la cobertura y las autorizaciones que he brindado. (Importante: Todos los solicitantes adultos deben firmar a continuación). Entiendo que debo informar a Blue Shield si hay algún cambio o diferencia en la información que incluí en esta solicitud antes de que empiece mi inscripción en Blue Shield.

| | | |
|--|--------------|--|
| Solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta (y su relación si el solicitante es menor de edad) |
| Solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta (y su relación si el solicitante es menor de edad) |
| Firma del cónyuge/pareja doméstica del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra del solicitante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |
| Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura) | Fecha de hoy | Nombre en letra de imprenta |

Importante: Debemos recibir su solicitud dentro de los 30 días después de la fecha de la firma, durante un período de inscripción abierta anual o dentro de los 60 días después de una situación de vida calificante.

Parte 7: Información del productor; debe ser completada por un agente autorizado de Blue Shield

1. ¿Usted completó esta solicitud? Sí No
2. Si contestó "Sí", ¿hizo las preguntas de esta solicitud exactamente como aparecen aquí? Sí No
3. ¿Registró las respuestas exactamente con la información que recibió? Sí No. Incluya una explicación.
4. ¿Desea que la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza* se envíe directamente al suscriptor? Sí No

| | | | |
|--|--|---|------------------|
| Nombre del productor (la entidad o la persona que recibirá las comisiones) | | | |
| Dirección electrónica | | <input type="checkbox"/> Actualizar dirección electrónica | N.º de productor |
| N.º de teléfono | | <input type="checkbox"/> Actualizar teléfono | N.º de fax |
| Dirección del productor | | <input type="checkbox"/> Actualizar dirección | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| Nombre del superproductor | | Número de superproductor | |

Al firmar más abajo, yo, como agente, corredor, abogado, firma de abogados o representante que ha ayudado al solicitante a presentar esta solicitud, verifico que, hasta donde yo sé, la información de la solicitud está completa y es exacta. Le he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que supone para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación. Si un declarante intencionalmente afirma como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda conforme a la ley vigente.

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Firma del productor (obligatoria) | Fecha de hoy (obligatoria) | Nombre en letra de imprenta |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|

Productores: Asegúrese de que todas las partes de la solicitud estén completas. En el caso de que falte información o de que la información esté incompleta, es posible que Blue Shield se comunique directamente con el solicitante para obtener la información completa.

Parte 8: Información sobre la facturación y el pago

Cómo calcular el costo aproximado de las cuotas/primas mensuales:

- Visite buyblueshieldca.com o hable con su agente para conocer el costo aproximado de las cuotas/primas.
- La cuota/prima del primer mes se debe pagar al momento de presentar la solicitud.
- Blue Shield emitirá una cuota/prima final antes de cualquier fecha de comienzo de la cobertura. Si la cantidad final es distinta de la cantidad aproximada de las cuotas/primas y se deben cantidades adicionales, el pago deberá recibirse antes de que empiece la cobertura.

Opciones de pago

Su cuota/prima del primer mes puede pagarse enviando un cheque* o un giro postal.

* Cuando paga con un cheque, autoriza a Blue Shield a usar la información de su cheque para hacer una transferencia de fondos electrónica por única vez de su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usemos la información de su cheque para hacer una transferencia de fondos electrónica, estos se debitarán de su cuenta tan pronto como aprobemos su solicitud y no recibirá el cheque de vuelta a través de su institución financiera.

Oficinas locales del HICAP en los distintos condados de California

Condado de Alameda
333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
(510) 839-0393

Condados de Alpine, Amador, Calaveras,
Mariposa y Toulumne
19074 Standard Road, Ste. A
Sonora, CA 95370
(209) 532-6272, ext. 226

Condados de Butte, Colusa, Glenn,
Plumas y Tehama
25 Main Street, Room 202
Chico, CA 95929-0799
(530) 898-6716

Condado de Contra Costa
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Dentro de Contra Costa desde un
teléfono fijo: (800) 510-2020
Fuera del estado: (925) 655-1393

Condado de Del Norte
1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
(707) 464-7876

Condados de El Dorado, Nevada, Placer,
Sacramento, San Joaquín, Sutter, Yolo
y Yuba
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
(800) 434-0222
(916) 376-8915

Condados de Fresno y Madera
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Condado de Humboldt
333 J Street
Eureka, CA 95501
(707) 444-3000

Condados de Imperial y San Diego
5151 Murphy Canyon Road, Suite 110
San Diego CA 92123
(858) 565-8772; oficina de San Diego
(760) 353-0223; oficina de Imperial

Condados de Inyo, Mono, Riverside y
San Bernardino
9121 Haven Ave, Suite 220
Rancho Cucamonga, CA 91739
(909) 256-8369, ext. 307

Condado de Kern
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
(661) 868-1000

Condados de Kings y Tulare
3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875
(800) 434-0222

Condados de Lake, Marin, Mendocino,
Napa, Solano y Sonoma
1129 Industrial Ave, Suite 201
Petaluma, CA 94954
(800) 434-0222
(707) 526-4108

Condados de Lassen, Modoc, Shasta,
Siskiyou y Trinity
1647 Hartnell Avenue, Suite 8
Redding, CA 96002
(530) 223-0999

Condado de Los Ángeles
520 S. Lafayette Park Place, Suite 214
Los Angeles, CA 90057
(213) 383-4519
Dentro del condado de Los Ángeles:
(800) 824-0780

Condado de Merced
851 West 23rd Street
Merced, CA 95340
(209) 385-7550

Condado de Monterrey
247 Main Street
Salinas, CA 93901
(831) 655-1334

Condado de Orange
2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614
(714) 560-0424

Condados de San Benito y Santa Cruz
1777 A Capitola Road
Santa Cruz, CA 95062
(831) 462-5510

Condado de San Francisco
601 Jackson Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94133
(415) 677-7520

Condados de San Luis Obispo y
Santa Bárbara
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
(805) 928-5663

Condado de San Mateo
1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402
(650) 627-9350

Condado de Santa Clara
3100 De La Cruz Blvd., Suite 310
San Jose, CA 95054
(408) 350-3200, opción 2

Condado de Stanislaus
3500 Coffee Road Suite 19
Modesto CA 95355
(209) 558-4540

Condado de Ventura
646 County Square Drive, Suite 100
Ventura, CA 93003
(805) 477-7310



AVISOS DISPONIBLES EN INTERNET

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。