



Formulario de Cambio de Plan Medicare Advantage de Blue Shield of California para el año 2026

Los miembros actuales de planes Medicare Advantage de Blue Shield of California pueden usar este formulario de inscripción abreviado para inscribirse en un plan Medicare Advantage ofrecido por Blue Shield of California.

Envíe su formulario de inscripción completo por fax o por correo:

Fax: (877) 251-3660

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

Actualmente soy miembro del plan _____ en _____ con una prima mensual de \$ _____.

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Condados de Los Ángeles/San Diego (\$0 por mes)

Entiendo que este plan tiene distintos beneficios de salud y puede tener una prima mensual como se indicó antes.

Número de miembro:

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

Número de teléfono:	Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular
----------------------------	---

Dirección permanente (no indique una casilla postal. Nota: Para las personas que no tienen hogar, puede considerarse como su dirección de residencia permanente una casilla postal):

Dirección:

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

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

Dirección:

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

Nombre del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) elegido o de la clínica elegida (solo HMO):

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.

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.

Elija una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Chino (tradicional) | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Armenio | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Tagalo |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chino (simplificado) | <input type="checkbox"/> Ruso | |

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Llame a Servicio al Cliente al **(800) 452-4413 (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. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Dirección electrónica:

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. Puede cambiar la forma de envío elegida en cualquier momento.

Prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda deber) 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 su cheque del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB, Junta de Retiro Ferroviario) 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) 452-4413 (TTY: 711).

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (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 Railroad Retirement Board. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Railroad Retirement Board aceptan su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board incluirá todas las primas que se deban desde la fecha de comienzo de su inscripción hasta que empiecen a hacerse las retenciones. Si el Seguro Social o la Railroad Retirement Board no aprueban su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

La Administración del Seguro Social le avisará si le corresponde pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. La cantidad que deba pagar se descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social o será facturada directamente por Medicare o la Railroad Retirement Board. NO pague la IRMAA de la Parte D a Blue Shield of California.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional por medio del programa Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califiquen no tendrán multas por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional de Extra Help, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al (800) 772-1213. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al (800) 325-0778. También puede pedir ayuda adicional de Extra Help por Internet en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si usted califica para recibir ayuda adicional de Extra Help con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan para este beneficio. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que no cubra Medicare.

Lea y firme debajo

Blue Shield of California es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por Blue Shield TotalDual Plan, es posible que esa persona reciba un pago por inscribirme en Blue Shield TotalDual Plan.

Revelación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, entiendo que el plan de salud de Medicare revelará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y actividades de atención de la salud. También acepto que Blue Shield TotalDual Plan revelará mi información (incluidos los datos relacionados con mis medicamentos recetados) a Medicare, que a su vez podrá revelarla por cuestiones de investigación y por otros motivos que cumplen con todas las leyes y reglamentos federales correspondientes. 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 las personas que tienen Medicare no están cubiertas por Medicare cuando están fuera del país, excepto que estén cerca de la frontera estadounidense, donde tienen una cobertura limitada.

Entiendo que, a partir de la fecha en que empieza la cobertura de Blue Shield TotalDual Plan, debo recibir toda la atención de la salud por medio de Blue Shield TotalDual Plan, a excepción de los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Blue Shield TotalDual Plan y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Blue Shield TotalDual Plan estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Este plan incluye un beneficio suplementario especial para personas con problemas de salud crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) llamado "Alimentos y productos frescos". Entiendo que debo tener una determinada enfermedad prolongada (que se conoce como problema de salud crónico) para usar este beneficio. Blue Shield determinará si soy elegible para recibir el beneficio de alimentos y productos frescos a través de la información que brinde mi médico o comunicándose con él para que firme una declaración sobre mi problema de salud crónico.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre de acuerdo con las leyes del estado donde vivo) en este formulario de aplicación significa que he leído su contenido y que lo he entendido. Si la firma es de una persona autorizada (como se indicó arriba), esta firma certifica que: 1) esa persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):

Si usted es el representante autorizado, debe firmar la página anterior y brindar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Solo para las personas que ayuden a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si usted es alguien (como un agente, un corredor de seguros, un asesor del State Health Insurance Assistance Program [SHIP, Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud], un familiar u otro tercero) que ayuda a la persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____

Información del productor/agente de seguros:

*Indica que el campo es obligatorio.

Nombre de la agencia designada: _____

N.º de identificación fiscal de la agencia designada*: _____

Nombre del productor/agente de seguros*: _____

N.º Nacional de Productor (NPN, por sus siglas en inglés) individual del productor/agente de seguros*: _____

Dirección electrónica del productor/agente de seguros: _____

N.º de teléfono del productor/agente de seguros: _____

Firma del productor/agente de seguros: _____

Fecha en que el productor recibió el formulario de aplicación: _____

Con mi firma, certifico que he leído y entendido las reglas de inscripción y las normas de comercialización y comunicación de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), y confirmo que la persona inscrita ha recibido un paquete de inscripción completo. Acepto que esta inscripción de un beneficiario de Medicare en nombre de Blue Shield of California se ha hecho de acuerdo con estas normas.

Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el California State Medicaid Program (Programa Medicaid del Estado de California). La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A56202MAD-TD-FF-SP_0425