



Formulario de Cancelación de la Membresía en Blue Shield Rx Plus (PDP) y Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

Lea cuidadosamente la siguiente información y complete lo que se pide antes de firmar y poner la fecha en este formulario de cancelación de la membresía. Le avisaremos la fecha en que se haga la cancelación de su membresía después de que hayamos recibido este formulario de su parte. En lugar de enviar un pedido de cancelación de la membresía a Blue Shield of California, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los siete días de la semana, para cancelar la membresía por teléfono. Los usuarios del sistema **TTY** deben llamar al **(877) 486-2048**.

Número de identificación de miembro:

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2.º:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Número de teléfono de su hogar:

Al completar este pedido de cancelación de la membresía, acepto lo siguiente:

Blue Shield Rx Plus o Blue Shield Rx Enhanced me avisarán la fecha de cancelación de mi membresía después de recibir este formulario. Entiendo que, hasta la fecha efectiva de la cancelación de mi membresía, debo seguir obteniendo mis medicamentos recetados en las farmacias de la red de Blue Shield Rx Plus o Blue Shield Rx Enhanced para obtener cobertura. Entiendo que los períodos para inscribirme en otros planes de Medicare son limitados, a menos que califique para determinadas situaciones especiales. Entiendo que estoy cancelando la membresía en mi plan de medicamentos recetados de Medicare y, si no tengo otra cobertura tan buena como la de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía por esta cobertura en el futuro.

Su firma*:	Fecha: (MM/DD/AAAA)
-------------------	----------------------------

*O la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de usted de acuerdo con las leyes del estado donde usted vive. 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 cancelación de la membresía, y
- 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe brindar la siguiente información:

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2.º:
Dirección:		

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

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

Generalmente, puede cancelar su membresía en un plan de medicamentos recetados de Medicare solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que tal vez le dejen pedir la cancelación de la membresía en un plan de medicamentos recetados de Medicare 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 Elección.

- 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 (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)
_____.
- Recientemente hubo un cambio en la ayuda adicional que recibo por medio del programa Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (empecé a recibir ayuda adicional de Extra Help, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional de Extra Help o dejé de tener ayuda adicional de Extra Help) el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)
_____.
- 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 (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)
_____.
- Empezaré a participar en un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)
_____.
- Empezaré a tener la cobertura que brinda mi empleador o unión el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)
_____.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA)
_____.

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no lo sabe con seguridad, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus Plan o Blue Shield Rx Enhanced Plan llamando al **(888) 239-6469 (TTY: 711)** para saber si es elegible para cancelar su membresía. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

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

Dirección electrónica: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660