



Formulario de Cancelación de Inscripción en Medicare Advantage de Blue Shield of California

Si usted pide que se cancele su inscripción, debe seguir recibiendo toda la atención médica de su plan Medicare Advantage de Blue Shield hasta la fecha en que se haga la cancelación de su inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red del plan Medicare Advantage de Blue Shield. Le avisaremos la fecha en que se haga la cancelación de su inscripción después de que hayamos recibido este formulario de su parte.

Número 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:

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 inscripción:

Si me inscribí en otro plan de medicamentos recetados de Medicare o Medicare Advantage, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en el plan Medicare Advantage de Blue Shield el día en que empiece la inscripción en el nuevo plan. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. Además, entiendo que si cancelo mi inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero tener la cobertura de nuevo en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por esta cobertura.

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

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre 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 inscripción y
- 2) la documentación que la autoriza está disponible a pedido de Blue Shield Medicare Advantage Plan o 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 inscripción en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, o durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Hay excepciones que tal vez le dejen pedir la cancelación de la inscripción 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 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 (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).

- Empezaré a participar en un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Integral para Ancianos) el (coloque la fecha) (MM/DD/AAAA).

- Empezaré a tener la cobertura que brinda mi empleador o unión el (coloque 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 (coloque la fecha) (MM/DD/AAAA).

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso o no está seguro de ello, comuníquese con Servicio al Cliente de los planes Medicare Advantage de Blue Shield of California llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para saber si es elegible para cancelar su inscripción. Los miembros inscritos en planes D-SNP deben comunicarse con Servicio al Cliente llamando al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

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