



Formulario de Cancelación de la Inscripción en los Planes 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 inscripción. Le avisaremos la fecha en que se haga la cancelación de su inscripción después de que hayamos recibido este formulario de su parte. En lugar de enviar un pedido de cancelación de la inscripción a Blue Shield of California, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, para cancelar la inscripción por teléfono. Los usuarios del sistema **TTY** deben llamar al **(877) 486-2048**.

Número de identificación de miembro:

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
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 inscripción, acepto lo siguiente:

Blue Shield Rx Plus Plan o Blue Shield Rx Enhanced Plan me avisarán la fecha de cancelación de mi inscripción después de recibir este formulario. Entiendo que, hasta la fecha efectiva de la cancelación de mi inscripción, 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 inscripción 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 su nombre de acuerdo con las leyes del estado donde vive la persona. Si la firma es de una persona autorizada (como se indicó arriba), esta firma certifica que:

- 1) esta persona tiene autorización, de acuerdo con la ley estatal, para completar este formulario de cancelación, y
- 2) la documentación de esta persona autorizada está disponible si la pide Medicare.

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

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		
Relación con la persona inscrita:		

Generalmente, puede cancelar su inscripción 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 inscripción 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 dejé de tener la cobertura de Medicaid) el (escriba la fecha: MM/DD/AAAA).

- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve la Ayuda Adicional recientemente, hubo un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o dejé de recibir la Ayuda Adicional) el (escriba 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 (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 está seguro de ello, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus Plan o Blue Shield Rx Enhanced Plan al **(888) 239-6469 (TTY: 711)** para saber si es elegible para cancelar su inscripción. 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 postal, 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