Formulario de Inscripción en los Planes Dentales PPO para Miembros de Planes Suplementarios de Medicare de Blue Shield

Nombre y apellido del suscriptor: _____

Número de identificación del suscriptor de Blue Shield: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de plan de inscripción: ☐ Individual ☐ Household Savings (vea la Sección 2 más abajo)

1. **Opción de plan dental:**
   ☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

2. **Household Savings Program (Programa de Ahorros para el Hogar)*:** complete esta sección si está inscrito en el Household Savings Program. Usted y el otro miembro de su hogar deberán elegir el mismo plan dental PPO e inscribirse en él para seguir recibiendo los ahorros para el hogar.
   Dejará de estar inscrito en el Household Savings Program si elige otra opción de plan dental incluida más abajo o si un solo miembro del hogar desea inscribirse en un plan dental PPO. Por lo tanto, las cuotas de su plan médico suplementario de Medicare cambiarán en su próxima factura porque cada uno de ustedes recibirá una factura individual y las facturas no incluirán los ahorros para el hogar.
   * Los ahorros generados por la mayor eficacia en la administración de los planes suplementarios de Medicare en este programa/servicio se transfieren al suscriptor.

   Nombre y apellido del otro miembro del hogar: _____

   Número de identificación de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) del otro miembro del hogar: _____

   Opción de plan dental del otro miembro del hogar: _____

   ☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500

3. **Confirmación de términos y condiciones**
   Antes de enviar este formulario de inscripción, lea las siguientes confirmaciones e indique su aceptación poniendo más abajo su firma y la fecha:
   a. Entiendo que, si Blue Shield o yo cancelamos la cobertura del plan dental por cualquier motivo, tendré que esperar seis meses para volver a pedirla.
   b. Entiendo que Blue Shield me avisará la fecha de comienzo de mi cobertura. Entiendo que los cargos por servicios recibidos antes de la fecha de comienzo o después de que se haya cancelado la cobertura no están cubiertos.
   c. Entiendo que Blue Shield puede cancelar este acuerdo enviando un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación si me mudo fuera de California.

He leído el Resumen de Beneficios y los términos y las condiciones de la cobertura descritos más arriba. Entiendo y acepto cada uno de estos. Hasta donde yo sé, toda la información y las confirmaciones incluidas en este formulario son correctas y verdaderas.

Firma del suscriptor: _____ Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Firma del otro miembro del hogar: _____ Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Envíe el formulario completo y firmado por fax, por correo postal o por correo electrónico a:

Installation & Billing
Blue Shield of California
P.O. Box 3008
Lodi, CA 95241-9969

Fax: **(844) 266-1850**
Dirección electrónica: **msinstall@blueshieldca.com**

Nombre de la agencia/FMO: _____

N.º de identificación de la agencia/FMO: _____

Nombre del productor: _____

N.º de teléfono del productor: _____

N.º Nacional de Productor (NPN) del productor: _____