Solicitud de plan médico y dental individual y familiar

Asegúrese de completar TODA la información a continuación, incluyendo firmar la solicitud, para evitar retrasos en el procesamiento.

Escriba claramente usando tinta azul o negra. ¡Ahorre tiempo! Solicite en línea en **bcbsri.com/individual/shop**

Sección 1 Información del solicitante

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Dirección de residencia

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia) _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___/___/_____ Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Número de seguro social[1] ___-___-_____ Identificación actual de BCBSRI _____

Número de teléfono de casa ___-___-_____ Número de teléfono celular _____-_____-_____

Estado civil (marque uno) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado/a ☐ Unión de hecho ☐ Unión civil ☐ Pareja doméstica ☐ Viudo/a

¿Cuál es su lengua materna? _____ Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es su raza o etnia? (**seleccione todas las que correspondan**)
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino
☐ Portugués ☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico ☐ Blanco
☐ Otro ☐ Prefiero no decir

Use su cuenta de miembro de BCBSRI para agregar/actualizar información demográfica. Visite **bcbsri.com** para registrarse o iniciar sesión.

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio para cobertura médica**):

Nombre _____ Apellido _____

Debe seleccionar un PCP para usted y cualquier persona en su plan médico, de lo contrario su inscripción puede retrasarse y sus beneficios pueden reducirse.

Número de identificación nacional del proveedor (NPI) # _____ Dirección de PCP _____
(Encuentre el NPI de su PCP en su perfil en la herramienta Find Care en bcbsri.com.)

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es actualmente paciente del médico de atención primaria mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

[1] El número de seguro social es requerido para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios.
Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 2 Opciones de planes médicos y dentales

Elija un tipo de plan **médico**: ☐ Individual ☐ Familiar
Fecha de vigencia médica solicitada (mm/dd/aaaa): ___ / ____ / _____

Cobertura médica solicitada:

VantageBlue Direct	BlueSolutions para HSA Direct	BlueCHiP Direct	BasicBlue Direct
☐ $950/1,900 Platinum	☐ $1,900/3,800 Gold	☐ $2,300/4,600 Gold	☐ $2,500/5,000 Gold
☐ $1,600/3,200 Gold	☐ $4,100/8,200 Silver	☐ $5,000/10,000 Silver	
☐ $3,250/6,500 Gold	☐ $6,700/13,400 Bronze	☐ $7,100/14,200 Bronze	
☐ $6,000/12,000 Silver		☐ Otro _____	

Si elige un plan dental, indique el tipo de contrato: ☐ Individual ☐ Familiar ☐ Ninguno
Fecha de vigencia dental solicitada (mm/dd/aaaa): ___ / ____ / _____

Cobertura dental solicitada**:**

☐ Dental Direct Basic	☐ Dental Direct Plus
☐ Dental Direct Standard	☐ Dental Direct Elite

Estos son planes dentales calificados, que están certificados como proveedores del beneficio de salud esencial dental pediátrico.

☐ **Tengo un plan dental calificado**
Al marcar esta casilla, usted certifica que está comprando un plan dental calificado de BCBSRI o que ha comprado un plan dental calificado certificado por HealthSource RI. **Según esta certificación, su plan médico no incluirá beneficios esenciales de salud dental pediátrica y su prima será un poco más baja.**

Sección 3 Información del cónyuge o pareja doméstica (complete si está agregando un cónyuge o pareja doméstica)

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Cobertura solicitada: ☐ médica ☐ dental Número de seguro social[1] ___-___-____

Domicilio (si es diferente al del solicitante) _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / ____ /____ Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Número de teléfono de casa ___-___-____ Número de teléfono celular ___-___-____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es su raza o etnia? (**seleccione todas las que correspondan**)

☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino
☐ Portugués ☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico ☐ Blanco
☐ Otro ☐ Prefiero no decir

Utilice su cuenta de miembro de BCBSRI para agregar/actualizar información demográfica. Visite **bcbsri.com** para registrarse o iniciar sesión.

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio para cobertura médica**):

Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación del proveedor (NPI) _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

[1] El número de seguro social es requerido para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios.
Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 4 Información del dependiente

(Si es necesario, adjunte el anexo correspondiente que se encuentra en bcbsri.com/individual/member/forms.)

Dependiente N°. 1

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / ____ Número de seguro social[1] ___ - ___ - ____ - ____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio para cobertura médica**):

Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación del proveedor (NPI) _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Dependiente N°. 2

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / ____ Número de seguro social[1] ___ - ___ - ____ - ____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio para cobertura médica**):

Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación del proveedor (NPI) _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Dependiente N°. 3

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / ____ Número de seguro social[1] ___ - ___ - ____ - ____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio para cobertura médica**):

Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación del proveedor (NPI) _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

☐ Marque aquí si se adjuntará el formulario de anexo de dependiente.

[1]El número de seguro social es requerido para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios.
Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 5 Elegibilidad

BCBSRI puede ofrecer seguro médico individuales y familiares dentro de los lineamientos de las regulaciones federales y estatales. Complete la información a continuación para verificar si podemos ofrecerle un seguro. Si actualmente está inscrito en Medicare, entonces no es elegible para el seguro médico de BCBSRI.

Responda las siguientes preguntas para que podamos determinar su elegibilidad:

1. ¿Es residente de Rhode Island? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Su empleador (o cualquier persona que actúe en nombre de su empleador) le paga o reembolsa (a través de ajustes salariales o de otra manera) por cualquier parte de la prima bajo esta póliza? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable
3. ¿Su empleador le ofreció esta póliza como un beneficio o de otra manera comercializó esta póliza a usted u otros empleados individuales? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable
4. ¿Usted, su empleador (si corresponde), o cualquier individuo a ser asegurado bajo esta póliza tiene la intención de tratar esta póliza como un beneficio exento de impuestos bajo la Sección 162, 125 o 106 del Código de Rentas Internas? ☐ Sí ☐ No
5. Si respondió sí a la Pregunta 2, 3 o 4, ¿la contribución de su empleador se realizará a través de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA) o de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA)? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable

Seleccione el motivo por el cual está solicitando un seguro

Para ser elegible fuera del período de inscripción abierta, debe presentar su solicitud dentro de los 60 días posteriores al evento.

☐ Inscripción abierta
☐ Pérdida de cobertura esencial mínima, excepto cuando se debe a falta de pago
☐ Matrimonio, nacimiento o adopción
☐ Embarazo
☐ Mudanza permanente a Rhode Island
☐ Nuevo ciudadano o ya no encarcelado
☐ Pérdida de elegibilidad para otra cobertura debido a la muerte del titular de la póliza, pérdida de empleo o reducción de horas, divorcio o derecho a Medicare; el empleador que se declara en quiebra según el Capítulo 11; o el hijo que cumple 26 años
☐ Error de inscripción, tergiversación, mala conducta o inacción de un Mercado o entidad no perteneciente al Mercado que proporciona asistencia para la inscripción
☐ Violación de contrato material por otro plan
☐ Recién elegible o no elegible para créditos fiscales por primas o reducciones de costos compartidos
☐ Obtiene o mantiene estatus como indio o dependiente de un indio, según lo define la ley federal
☐ Cambio de elegibilidad para cobertura o asistencia de pago bajo Medicaid o CHiP (RIteCare)
☐ Recién adquiere elegibilidad para un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)

Nombre del empleador _____

Nombre del proveedor de ICHRA _____

☐ Circunstancias excepcionales, incluidos desastres naturales, emergencias médicas y otras circunstancias que razonablemente impidieron la inscripción

Sección 6 Medicare

¿Cuál era el nombre de su compañía de seguro **médico** anterior? _____
¿Cuándo terminó su cobertura médica? (mm/dd/aaaa) _____/_____/_____

Si la cobertura anterior NO fue con BCBSRI, adjunte evidencia de la cobertura anterior que muestre la fecha de finalización de la cobertura.

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE MEDICARE

Esto no es un seguro suplementario de Medicare

Este seguro proporciona beneficios limitados, si cumple con las condiciones de la póliza, para gastos relacionados con los servicios específicos enumerados en la póliza. No paga sus deducibles o coseguros de Medicare y no es un sustituto del seguro suplementario de Medicare.

Este seguro duplica los beneficios de Medicare cuando cualquiera de los servicios cubiertos por la póliza también están cubiertos por Medicare. Medicare paga beneficios extensos por servicios médicamente necesarios, independientemente de la razón por la que los necesite.
Estos incluyen:

- Hospitalización
- Servicios médicos
- Cuidados para pacientes con enfermedades terminales
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D
- Otros artículos y servicios aprobados

ANTES DE COMPRAR ESTE SEGURO

✓ Verifique la cobertura en todas las pólizas de seguro de salud que ya tiene. Puede comparar su póliza actual y la que ha seleccionado visitando nuestro sitio web o llamando a nuestro Departamento de Ventas Individuales.
✓ Para obtener más información sobre Medicare y el seguro suplementario de Medicare, revise la guía de seguro de salud para personas con Medicare, disponible en la compañía de seguros.
✓ Para obtener ayuda para entender su seguro de salud, comuníquese con el departamento de seguros de su estado o el programa estatal de seguro de salud (SHIP).

Sección 7 Declaración de divulgación de Dental Direct

- En algunos planes, se aplica un período de espera de 12 meses a servicios periodontales, cirugía oral, coronas y prostodoncia.
- Puede ser elegible para renunciar a cualquier período de espera aplicable para un plan dental si ha tenido una cobertura previa igual o sustancialmente similar durante al menos 12 meses. La prueba de cobertura previa igual o sustancialmente similar debe proporcionarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha de vigencia de este plan dental. Su plan dental anterior debe haber terminado dentro de los 60 días de la fecha de vigencia de la nueva solicitud dental con Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Dental.

Tenga en cuenta: *Los períodos de espera no aplican a miembros menores de 19 años que se inscriban en un plan dental calificado. Si cancela la cobertura y luego vuelve a solicitarla, los períodos de espera mencionados anteriormente se aplicarán sin tener en cuenta su cobertura anterior.*

Sección 8 Aviso de HealthSource RI

Si compra un seguro médico directamente de Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island, no podrá obtener créditos premium federales, incluido el crédito fiscal anticipado para primas (APTC) y el subsidio de reducción de costos compartidos (CSR). Usted puede ser elegible para estos créditos fiscales si compra su cobertura de salud directamente de HealthSource RI. Para averiguar si usted es elegible, por favor contacte a HealthSource RI al 1-855-651-7873 o visite **www.healthsourceri.com.**

Sección 9 Firma

Al firmar esta solicitud, certifico y acepto que:

1.) He leído las declaraciones anteriores, o que me han sido leídas; y

2.) todas las respuestas en esta solicitud son verdaderas, según mi mejor conocimiento. Si alguien intencionalmente mintió u ocultó la verdad, BCBSRI tendrá el derecho de:

- Reducir o denegar una reclamación; y
- Cancelar el plan, retroactivo a la fecha de vigencia; y
- Recuperar cualquier dinero pagado, retroactivo a la fecha efectiva.

3.) El solicitante es la persona responsable del pago de las primas.

4.) No se aplicarán beneficios hasta que la cobertura sea efectiva por parte de BCBSRI.

5.) Esta solicitud puede ser firmada electrónicamente solo a través de Docusign, y acepto que la firma electrónica creada por Docusign es la misma que una firma manuscrita para fines de validez, exigibilidad y admisibilidad.

☐ Al marcar esta casilla, usted está dando su consentimiento para que Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island se comunique con usted mediante un sistema automático de marcación telefónica, por mensaje artificial o pregrabado, o por mensaje de texto al número de teléfono que ha proporcionado anteriormente. Usted acepta que da su consentimiento para recibir actualizaciones de salud y beneficios, ofertas de productos y recordatorios personalizados sobre su salud, de Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island y sus agentes que proporcionan servicios de comunicación móvil. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos. Este es un servicio opcional y no es necesario para inscribirse en su plan de salud o comprar bienes y servicios de Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island.

FIRME AQUÍ ☞

Firma del solicitante o padre o tutor ***si el solicitante es menor de 18 años de edad*** Fecha

LA SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN FIRMA

Sección 10 Información de contacto

Envíe su solicitud utilizando uno de los métodos a continuación:

- Email a: IndividualEnrollmentIntake@bcbsri.org
- Fax al: (401) 459-5378
- Enviar a: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
  Atención: Individual Sales Department
  500 Exchange Street
  Providence, Rhode Island 02903-2699

Para preguntas, llame al Departamento de Ventas Individuales: 1-855-690-2583 (my0blue) o (401) 459-5550

SOLO PARA USO INTERNO

Sales eff. date _____ ID# _____ Eligibility _____ Inicial _____

Blue Cross Blue Shield of Rhode Island

500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.