Solicitud de plan dental individual y familiar

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

Escriba claramente con tinta azul o negra o ingrese la información a máquina.

¡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 ☐ Unión de hecho ☐ Unión civil ☐ Pareja de hecho ☐ 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.

Sección 2 Opciones de plan dental

Elija un tipo de contrato **dental**: ☐ Individual ☐ Familiar (Seleccione "Familiar" si agrega cónyuge y/o dependientes)
Fecha de vigencia solicitada para el seguro dental (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.

[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

Recuerde firmar esta solicitud en la página 4.

Sección 3 Información del cónyuge o pareja de hecho (complete si está agregando a un cónyuge o pareja de hecho)

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Domicilio (si es diferente al del solicitante) _____

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

Dirección de correo electrónico Número de seguro social[1] _____

¿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.

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 _____

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

Dirección de correo electrónico _____ Número de seguro social[1] _____

Dependiente N° 2

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

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

Dirección de correo electrónico Número de seguro social[1] _____

Dependiente N° 3

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

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

Dirección de correo electrónico Número de seguro social[1] _____

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

Sección 5 Elegibilidad

Para determinar la elegibilidad, infórmenos, ¿es usted residente de Rhode Island? ☐ 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

Recuerde firmar esta solicitud en la página 4.

Sección 6 Medicare

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 periodos 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 periodos de espera mencionados anteriormente se aplicarán sin tener en cuenta su cobertura anterior.*

[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

Recuerde firmar esta solicitud en la siguiente página.

Sección 8 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 9 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 _____ Initial _____

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.

8/26 BCD-1569650S