

# Solicitud de plan dental individual y familiar



Asegúrese de completar TODA la información a continuación para evitar retrasos en el procesamiento.

Escriba en letra de imprenta legible con tinta azul o negra, o complete la información a máquina.

## Sección 1 Información del solicitante

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inic. seg. nombre \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_

Ciudad/localidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal (si es diferente de la dirección particular) \_\_\_\_\_

Ciudad/localidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo  M  F Número del Seguro Social<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ID de BCBSRI actual (si corresponde) \_\_\_\_\_ Número de teléfono particular \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Estado civil (marque uno)  Soltero  Casado  Divorciado  Matrimonio de hecho  Unión civil  Pareja

¿Cuál es su lengua materna? \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Raza (marque una)

Aborigen estadounidense o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Hispano o latino

Multirracial  Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico  Blanco

## Sección 2 Opciones de planes dentales

Elija un tipo de contrato **dental**:  Individual  Familiar (Seleccione "Familiar" si está incorporando al cónyuge o dependientes)

Fecha de entrada en vigencia solicitada para la cobertura dental (mm/dd/aaaa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Cobertura dental** solicitada:

<input type="checkbox"/> Dental Direct Basic	<input type="checkbox"/> Dental Direct Plus
<input type="checkbox"/> Dental Direct Standard	<input type="checkbox"/> Dental Direct Elite

Estos son planes dentales calificados que incluyen los beneficios esenciales de salud dental pediátrica.

<sup>1</sup>El número del Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de informe de la Ley de Informe de Seguro Obligatorio. Consulte [www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html](http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html)

**Sección 3 Información del cónyuge o pareja de hecho** (Complete si incorporará cónyuge o pareja de hecho)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inic. seg. nombre \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Dirección particular (si es diferente de la del solicitante) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo  M  F Número del Seguro Social<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Sección 4 Información del dependiente**

(Si es necesario, adjunte el Apéndice para dependientes que encontrará en bcbsri.com en la sección Planes individuales y familiares [Plans for Individuals and Families]).

**Dependiente n.º 1**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inic. seg. nombre \_\_\_\_\_

Relación  Hijo  Hija

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número del Seguro Social<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Dependiente n.º 2**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inic. seg. nombre \_\_\_\_\_

Relación  Hijo  Hija

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número del Seguro Social<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Dependiente n.º 3**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inic. seg. nombre \_\_\_\_\_

Relación  Hijo  Hija

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número del Seguro Social<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Marque aquí si se adjunta un formulario Apéndice para dependientes.

<sup>1</sup>El número del Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de informe de la Ley de Informe de Seguro Obligatorio. Consulte [www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html](http://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 de salud a individuos y familias dentro de las pautas de los reglamentos federales y estatales. Complete la información a continuación para verificar si podemos ofrecerle cobertura.

### Responda las siguientes preguntas para que podamos determinar su elegibilidad:

1. ¿Es usted residente de Rhode Island?  Sí  No
2. ¿Su empleador (o alguien más actuando en nombre de su empleador) le pagará o le reembolsará (mediante ajustes salariales o de otro modo) alguna parte de la prima correspondiente a esta póliza?  Sí  No  No corresponde
3. ¿Le ofreció su empleador esta póliza como un beneficio o promocionó de otro modo esta póliza para usted u otros empleados?  Sí  No  No corresponde
4. ¿Tienen intención, ya sea usted, su empleador (si corresponde) u otra persona a ser asegurada bajo esta póliza, de tratarla como un beneficio exento de impuestos conforme a la Sección 162, 125 o 106 del Código de Rentas Internas?  Sí  No
5. Si respondió "Sí" a las preguntas 2, 3, o 4, ¿la contribución de su empleador se realizará a través de un Plan de Reintegro Médico para el Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA)?  Sí  No

## Sección 6 Otros seguros y Medicare

¿Cuál es el nombre de su compañía de seguro **dental** anterior o actual? \_\_\_\_\_

¿Su cobertura dental sigue vigente?  Sí  No

Si no, ¿en qué fecha finalizó su cobertura? (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### AVISO IMPORTANTE PARA LAS PERSONAS CON COBERTURA DE MEDICARE ESTE SEGURO REPITE ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

#### Este no es un seguro suplementario de Medicare

Este seguro paga un monto fijo, independientemente de sus gastos, si usted cumple con las condiciones de la póliza, para alguna de las enfermedades o afecciones médicas específicas nombradas en la póliza. No paga sus deducibles ni coseguros de Medicare y no es un sustituto del seguro suplementario de Medicare.

**Este seguro repite algunos beneficios de Medicare porque Medicare generalmente paga la mayoría de los gastos de diagnóstico y tratamiento de las afecciones o diagnósticos específicos nombrados en la póliza. Medicare paga amplios beneficios para los servicios médicamente necesarios, independientemente del motivo por el que usted los necesite.**

Entre estos servicios, se incluyen los siguientes:

- Hospitalización
- Servicios del médico
- Centro de cuidados paliativos
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si usted está inscrito en la Parte D de Medicare
- Otros suministros y servicios aprobados

### Antes de comprar este seguro

- ✓ Verifique la cobertura en todas las pólizas de seguro de salud que ya tiene.
- ✓ Para obtener más información sobre Medicare y el seguro suplementario de Medicare, consulte la Guía sobre el seguro de salud para personas con Medicare, disponible a través de su compañía de seguros.
- ✓ Si necesita ayuda para comprender su seguro de salud, comuníquese con el departamento o la división de seguros de su estado, o con el Programa estatal de asesoramiento sobre seguros para adultos mayores.

<sup>1</sup>El número del Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de informe de la Ley de Informe de Seguro Obligatorio. Consulte [www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html](http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html)

## Sección 7 Declaración de divulgación de Dental Direct

- En algunos planes existe un período de espera de 6 meses para reparaciones de dentadura postiza.
- En algunos planes existe un período de espera de 12 meses para endodoncia, servicios periodontales, cirugía oral, coronas y prostodoncia.

**Por favor recuerde:** Los períodos de espera no se aplican a los miembros menores de 19 años que se inscriben en un Plan dental calificado. Si usted cancela su cobertura y luego la vuelve a solicitar, los períodos de espera mencionados arriba se aplicarán sin tener en cuenta su cobertura anterior.

## Sección 8 Aviso de HealthSource RI

Si usted compra un seguro dental directamente de Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, no podrá obtener créditos federales para las primas, incluyendo el Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC, por sus siglas en inglés) y el subsidio de Reducción de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés). Puede ser elegible para estos créditos fiscales si compra su cobertura de salud directamente de HealthSource RI. Para averiguar si es elegible, comuníquese con HealthSource RI al (855) 683-6759 o visite [www.healthsourceri.com](http://www.healthsourceri.com).

## Sección 9 Firma

Al firmar esta solicitud, certifico y acepto que:

- 1.) He leído o me han leído los enunciados anteriores; y
- 2.) Todo lo respondido en esta solicitud es verdad, a mi leal saber y entender. Si alguien a sabiendas mintió u ocultó la verdad, BCBSRI tendrá derecho a:
  - Reducir o denegar una reclamación; y
  - Cancelar el plan, retroactivamente hasta la fecha de entrada en vigencia; y
  - Recuperar cualquier dinero pagado, retroactivamente hasta la fecha de entrada en vigencia.
- 3.) El solicitante es la persona responsable del pago de las primas.
- 4.) No corresponderá ningún beneficio hasta que la cobertura entre en vigencia a través de BCBSRI.



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

Fecha

## Sección 10 Información de contacto

Envíe su solicitud usando uno de los siguientes métodos:

- Correo electrónico a: IndividualEnrollmentIntake@bcbsri.org
- Fax al: 401-459-5378
- Envío postal a: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island  
Attn: Individual Sales Department  
500 Exchange Street  
Providence, Rhode Island 02903-2699

**Si tiene preguntas, llame al: Departamento de Ventas Individuales: 1-855-690-2583 (myOblue) o 401-459-5550**

### SOLO PARA USO INTERNO

Sales rec'd \_\_\_\_\_ Sales eff. date \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Eligibility A T Q N O Other \_\_\_\_\_

Complete date \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_



[www.bcbsri.com](http://www.bcbsri.com)

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.

8/17 BCD-185640S