

Solicitud de plan dental para individuos y familias

Asegúrese de completar TODA la información a continuación para evitar retrasos en el procesamiento.
Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra, o ingrese la información con el teclado.

Sección 1 Información del solicitante

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del _____ Sufijo _____
segundo nombre

Dirección de residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de envío (si es diferente a la dirección de residencia) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) __ / __ / __ Sexo M F Número del seguro social¹ _____ - _____ - _____

Identificación de BCBSRI (Blue Cross and Blue Shield of Rhode Island) vigente (si corresponde) _____
Número de teléfono de residencia _____ Número de teléfono celular _____

Estado civil (marque uno) Soltero Casado Divorciado Matrimonio por convivencia Unión civil Pareja doméstica

¿Cuál es su idioma nativo? _____ Dirección de correo electrónico _____

Raza (marque una)

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano o latino
 Multirracial Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

Sección 2 Opciones de plan dental

Elija un tipo de contrato de plan **dental**: Individual Familiar
Fecha solicitada de entrada en vigencia (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, los cuales están certificados para proporcionar el beneficio de salud dental pediátrico esencial.

¹El número del seguro social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de presentación obligatoria de informes de seguros. Consulte 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 doméstica

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del _____ Sufijo _____
segundo nombre

Domicilio (si es diferente del solicitante) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Sexo M F Número del seguro social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Sección 4 Información de dependientes

(Si es necesario, adjunte el anexo para dependientes que se encuentra en BCBSRI.com, en la sección Planes para individuos y familias.)

Dependiente N.º 1

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación Hijo Hija

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número del seguro social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Dependiente N.º 2

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación Hijo Hija

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número del seguro social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Dependiente N.º 3

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Relación Hijo Hija

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número del seguro social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Marque aquí si adjunta un formulario para dependientes.

¹El número del seguro social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de presentación obligatoria de informes de seguros. Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 5 Elegibilidad

BCBSRI es capaz de ofrecer seguro de salud a individuos y familias dentro de los lineamientos de las regulaciones federales y estatales. Complete la siguiente información para verificar si podemos ofrecerle el seguro.

Conteste las siguientes preguntas para que podamos determinar su elegibilidad:

1. ¿Reside en Rhode Island? Sí No
2. ¿Su empleador (o alguien que actúe en nombre de su empleador) le pagará o reembolsará (a través de un ajuste de salario o de otra manera) alguna parte de la prima bajo esta póliza? Sí No No aplica
3. ¿Su empleador le ofreció esta póliza como beneficio u ofreció esta póliza a usted o a otros empleados individuales? Sí No No aplica
4. ¿Usted, su empleador (si aplica) o cualquier persona que estará asegurada bajo esta póliza tienen previsto tratar esta póliza como un beneficio exento de impuestos según la Sección 162, 125 o 106 del Código de Rentas Internas? Sí No

Sección 6 Otros seguros y Medicare

¿Cuál es el nombre de su corredor de seguro **dental** actual o anterior? _____

¿Su cobertura dental sigue vigente? Sí No

En caso negativo, ¿en qué fecha terminó su cobertura? (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____

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

Este no es un Seguro Suplementario de Medicare

Este seguro paga un monto fijo, independientemente de sus gastos, si cumple con las condiciones de la póliza, para una de las enfermedades específicas o afecciones de salud mencionadas en la póliza. No paga sus deducibles o coseguro de Medicare y no sustituye el seguro complementario de Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare porque, por lo general, Medicare paga la mayoría de los gastos de diagnóstico y tratamiento de afecciones o diagnósticos específicos mencionados en la póliza.

Medicare paga beneficios extensos para servicios médicamente necesarios, independientemente del motivo por el cual usted.

Estos incluyen:

- Hospitalización
- Servicios de médicos
- Cuidados paliativos
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en la Parte D de Medicare
- Otros artículos y servicios aprobados

Antes de comprar este seguro

- ✓ Revise la cobertura en todas las pólizas de seguros de salud que ya tiene.
- ✓ Para obtener más información sobre Medicare y el seguro complementario de Medicare, revise la Guía de los seguros de salud para personas con Medicare, disponible en la compañía aseguradora.
- ✓ Para obtener ayuda para entender su seguro de salud, comuníquese con el departamento de seguros, división de seguros de su estado, o el Programa de asesoría sobre seguros para adultos mayores del estado.

¹El número de seguro social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de presentación obligatoria de informes de seguros. Consulte 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 se aplica un período de espera de 6 meses para reparaciones de dentaduras postizas.
- Se aplica un período de espera de 12 meses para endodoncias, servicios periodontales, cirugía oral, coronas y prostodoncia en algunos planes.

Tenga en cuenta: Los períodos de espera no se aplican a miembros menores de 19 años de edad que se inscriben en un Plan dental calificado.

Si cancela su cobertura y luego vuelve a solicitarla, los períodos de espera enumerados arriba se aplicarán sin contar su cobertura anterior.

Sección 8 Aviso de HealthSource RI

Si compra un seguro dental directamente a Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, no podrá obtener créditos de primas federales, incluido el Acceso a crédito de impuestos para primas (Advance Premium Tax Credit, APTC) y el subsidio de Reducción de costos compartidos (Cost Sharing Reduction, CSR). Usted puede ser elegible para estos créditos de impuestos si compra su cobertura de salud directamente a HealthSource RI. Para saber si es elegible, comuníquese con HealthSource RI al (855) 683-6759 o visite www.healthsourceri.com.

Sección 9 Firma

Al firmar esta solicitud, certifico y acepto que:

- 1.) He leído las declaraciones anteriores o me fueron leídas; y
- 2.) Todas las respuestas en mi solicitud son correctas y verdades, a mi leal saber y entender. Si alguien mintió u ocultó la verdad deliberadamente, BCBSRI tendrá derecho a:
 - Reducir o rechazar un reclamo; y
 - Cancelar el plan, retroactivo a la fecha de entrada en vigencia; y
 - Recuperar cualquier dinero pago, retroactivo a la fecha de entrada en vigencia;
- 3.) El solicitante es la persona responsable por el pago de las primas.
- 4.) No aplicarán beneficios hasta que BCBSRI establezca la entrada en vigencia de la cobertura.



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

Fecha

Sección 10 Información de contacto

Presente su solicitud utilizando alguno de los siguientes medios:

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

Si tiene preguntas llame al: Individual Sales Department: 1-855-690-2583 (my0blue) o (401) 459-5550

SOLO PARA USO INTERNO

Recibido por Ventas _____ Fecha de entrada en vigor de Ventas _____ N.º de ID _____

Elegibilidad A T Q N O Otro _____

Fecha completa _____ Iniciales _____



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.

8/16

BCD-83132S