

Solicitud de plan médico y dental individual y familiar

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

Escriba con letra clara usando tinta azul o negra.

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 Social¹ _____ - _____ - _____

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

Médico de atención primaria (PCP) (**obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

Debe seleccionar un PCP para usted y las personas de su plan; de lo contrario, su inscripción puede retrasarse y se pueden reducir los beneficios.

N.º de identificación nacional del profesional (NPI) _____ Dirección del PCP _____

(Busque el n.º de NPI del PCP en su perfil a través de la herramienta Find a Doctor [Buscar un médico] en bcsri.com)

Ciudad/localidad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Actualmente es paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

¿Es elegible para Medicare? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¿Es elegible para Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¹El 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

Sección 2 Opciones de planes médicos y dentales

Elija un tipo de contrato **médico**: Individual Familiar

Fecha de entrada en vigencia solicitada para la cobertura médica (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____

Cobertura médica solicitada:

VantageBlue Direct <input type="checkbox"/> \$1,325/2,650 Oro <input type="checkbox"/> \$3,250/6,500 Oro <input type="checkbox"/> \$4,850/9,700 Plata	BlueSolutions for HSA Direct <input type="checkbox"/> \$1,400/2,800 Oro <input type="checkbox"/> \$4,100/8,200 Plata <input type="checkbox"/> \$6,000/12,000 Bronce	BlueCHiP Direct <input type="checkbox"/> \$2,300/4,600 Oro <input type="checkbox"/> \$4,800/9,600 Plata <input type="checkbox"/> Otro _____	BasicBlue Direct <input type="checkbox"/> \$2,750/5,500 Oro <input type="checkbox"/> \$4,900/9,800 Plata <input type="checkbox"/> \$6,850/13,700 Bronce
---	---	---	---

Elija un tipo de contrato **dental**: Individual Familiar

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

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

Tengo un Plan dental calificado

Al marcar esta casilla, usted certifica que está comprando un plan dental calificado a través de BCBSRI o que ha comprado un plan dental calificado, certificado por HealthSource RI. Teniendo en cuenta esta certificación, su plan médico no incluirá beneficios esenciales de salud dental pediátrica y la prima será un poco más baja.

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

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Cobertura solicitada: Médica Dental

Dirección particular (si es diferente de la del solicitante) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____ Sexo M F Número del Seguro Social¹ _____ - _____ - _____

Número de teléfono particular _____ - _____ - _____ Número de teléfono celular _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es su lengua materna? _____

Médico de atención primaria (PCP) (**obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

N.º de NPI _____ Dirección del PCP _____

Ciudad/localidad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Actualmente el dependiente es paciente del PCP mencionado? Sí No

¿Es el cónyuge o pareja de hecho elegible para Medicare? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¿Es el cónyuge o pareja de hecho elegible para Medicaid? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¹El 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

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 Cobertura solicitada: Médica Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número del Seguro Social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Médico de atención primaria (PCP) (**obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

N.º de NPI _____ Dirección del PCP _____

Ciudad/localidad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Actualmente el dependiente es paciente del PCP mencionado? Sí No

¿Reúne el dependiente los requisitos para Medicare? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¿Reúne el dependiente los requisitos para Medicaid? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

Dependiente n.º 2

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número del Seguro Social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Médico de atención primaria (PCP) (**obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

N.º de NPI _____ Dirección del PCP _____

Ciudad/localidad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Actualmente el dependiente es paciente del PCP mencionado? Sí No

¿Reúne el dependiente los requisitos para Medicare? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¿Reúne el dependiente los requisitos para Medicaid? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

Dependiente n.º 3

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número del Seguro Social¹ _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Médico de atención primaria (PCP) (**obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

N.º de NPI _____ Dirección del PCP _____

Ciudad/localidad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Actualmente el dependiente es paciente del PCP mencionado? Sí No

¿Reúne el dependiente los requisitos para Medicare? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

¿Reúne el dependiente los requisitos para Medicaid? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia? _____

Marque aquí si se adjunta un formulario Apéndice para dependientes.

¹El 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

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. Si usted es elegible para recibir seguro médico a través de Medicare, entonces no es elegible para recibirlo de BCBSRI.

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 promoción 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 No corresponde

Seleccione los motivos por los que está solicitando un seguro [marque todo lo que corresponda]

- Inscripción abierta
- Pérdida de cobertura
- Matrimonio, nacimiento o adopción
- Una mudanza permanente a Rhode Island
- Pérdida de elegibilidad para otra cobertura por fallecimiento del titular de la póliza, pérdida de empleo o reducción de las horas de empleo del titular de la póliza, divorcio de este, habilitación del titular para Medicare, un hijo que ya no es elegible para otra cobertura, o el empleador que proporcionaba otra cobertura se declaró en bancarrota, conforme al Capítulo 11.
- Error en la inscripción o en el plan por parte de un empleado de HealthSourceRI o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- Violación sustancial del contrato por parte de otra compañía de seguros
- Cambio de elegibilidad para cobertura bajo Medicaid o CHIP (RItCare) o para ayuda con los pagos bajo Medicaid o CHIP (RItCare)

Sección 6 Otros seguros y aviso de Medicare

¿Cuál es el nombre de su compañía de seguro **médico** anterior? _____

¿Cuándo finalizó su cobertura médica? (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____

Si su cobertura anterior NO era con BCBSRI, adjunte una constancia de su cobertura anterior donde se vea la fecha de finalización de la cobertura.

¿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.

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 médico 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.

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 (my0blue) 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 _____



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.

08/17 DPAY-190771S