



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey



PLAN MÉDICO NO GRUPAL FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONVERSIÓN PARA LAS FECHAS DE ENTRADA EN VIGOR DE 2016

Enviar por correo postal a: Horizon BCBSNJ

Attn: Consumer Enrollment Dept.

P.O. Box 1330

Newark, NJ 07101-1330

Enviar por correo electrónico a:

individualapplication@horizonblue.com

Enviar por fax a: 973-274-4413

www.horizonblue.com

(Escriba en letra de molde)

A. Solicitud de cambio de plan: para que lo complete el titular de la póliza.

La fecha de entrada en vigor solicitada se basa en cuándo recibimos la solicitud completa. (Tiene que marcar una opción):

- 1/1/2016 para las solicitudes recibidas el o antes del 12/31/2015.
- El primero o el quince del mes después de la recepción para las solicitudes recibidas entre el 1/1/2016 y el 1/31/2016.

B. Información del titular de la póliza

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre:

N.º de identificación del asegurado

Fecha de nacimiento:

MM DD AAAA

Teléfono:

Residencia principal: Dirección

Apto.:

Ciudad:

Estado:

Código postal +4:

Usted aún es residente de New Jersey: Sí: No:

¿Usted o alguno de sus dependientes cubiertos bajo la póliza es elegible para el Programa Medicare?

Usted: Sí: No: Sus dependientes: Sí: No:

C. Opciones de planes: seleccione la opción del plan médico deseado. No podemos emitirle un plan médico sin un plan dental pediátrico.

<p>Médico (Marque una opción)</p>	<p>Planes Horizon Advantage (le exhortamos a que elija un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) en la Sección D a continuación para maximizar sus beneficios).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Gold <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Silver <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Bronze <input type="checkbox"/> Horizon Advantage EPO Essentials. Tiene que ser menor de 30 años de edad o proveer un Certificado de exención del Mercado en línea si tiene 30 años de edad o más. <p>Planes OMNIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OMNIA Platinum <input type="checkbox"/> OMNIA Gold <input type="checkbox"/> OMNIA Silver <input type="checkbox"/> OMNIA Silver HSA <input type="checkbox"/> OMNIA Bronze
--	---

<p>Dental pediátrico (Obligatorio)</p>	<p>Plan dental pediátrico independiente (SAPD, en inglés): La ley federal requiere cobertura para los beneficios dentales pediátricos ya sea que tenga dependientes menores de 19 años de edad o no. Debido que las opciones anteriores del plan médico no incluyen beneficios dentales pediátricos, tiene que proveer una garantía de que tiene o que obtendrá un plan SAPD certificado por el Mercado en línea. Les inscribiremos automáticamente a usted y a sus dependientes cubiertos bajo la póliza en el plan Horizon Young Grins SAPD, a menos que usted indique a continuación que ha adquirido un plan SAPD con otra compañía aseguradora. A las personas mayores de 19 años de edad no se les cobrará ninguna prima del plan de salud y no tendrán beneficios dentales pediátricos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adquirir un plan SAPD certificado por el Mercado en línea con otra compañía aseguradora. Acepto proveer de inmediato información que demuestre esta cobertura a Horizon BCBSNJ si la solicitan, que puede incluir la evidencia de cobertura, el nombre del emisor y el número de póliza correspondiente. Doy fe que esta información es exacta y acepto librar a Horizon BCBSNJ de responsabilidad por cualquier daño, pérdida monetaria o responsabilidad relacionada con su representación.
---	---

D. Selección de proveedores de atención primaria (PCP) de los planes Horizon Advantage. Elegir un PCP para usted y para cada uno de sus dependientes cubiertos bajo la póliza no es obligatorio pero ayudará a maximizar sus beneficios. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario, firmadas y con la fecha que haya colocado usted.

1. Titular de la póliza

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del proveedor de atención primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

N.º de NPI: _____ Código de loc: _____

Información del titular de la póliza

Horizon 31584 (0615) no grupal

Un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

N.° de identificación del asegurado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial del segundo nombre:

--

D. Selección de PCP de los planes Horizon Advantage (continuación).

2. Cónyuge/Pareja en unión civil/pareja en unión libre

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del proveedor de atención primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

N.° de NPI: _____ Código de loc: _____

3. Hijo

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del proveedor de atención primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

N.° de NPI: _____ Código de loc: _____

4. Hijo

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del proveedor de atención primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

N.° de NPI: _____ Código de loc: _____

5. Hijo

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Paciente actual: Sí: No:

Dirección del proveedor de atención primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal +4: _____

N.° de NPI: _____ Código de loc: _____

E. Información de pago – No envíe dinero ahora. Le facturaremos si es elegible para cambiar su cobertura.

F. Firma del titular de la póliza

Declaro que toda la información proporcionada en este formulario de Solicitud de conversión de plan médico no grupal es verdadera y completa. Por este medio acepto las condiciones de inscripción establecidas en este formulario.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

G. Firma del corredor de seguros/agente de seguros general

Firma del agente de seguros: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ N.° de licencia del agente de seguros de NJ: _____

Nombre del agente de seguros en letra de molde: _____

Corredor de seguros/agente de seguros general: _____ N.° de identificación del proveedor/agente de seguros: _____



Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

INSTRUCCIONES FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONVERSIÓN DEL PLAN MÉDICO NO GRUPAL PARA LAS FECHAS DE ENTRADA EN VIGOR DE 2016

Instrucciones

- Este formulario de conversión se usa para cambiar de un plan médico no grupal a otro plan médico no grupal. No se puede usar para agregar o eliminar dependientes.
- Tiene que completar todas las secciones, firmar y colocar la fecha en este formulario de conversión y en cualquier otra página que tenga que enviar con este para proveer la información adicional solicitada. ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Puede obtener los nombres y las direcciones correctas de los proveedores de servicios de salud en el directorio de proveedores de servicios de salud correspondiente. También puede obtener el número NPI de cada proveedor de servicios de salud y el código LOC del directorio de proveedores de servicios de salud o en: HorizonBlue.com. Los proveedores de servicios de salud con varias ubicaciones de consultorios y los proveedores de servicios de salud individuales que pertenecen a más de una clínica o entidad de proveedores de servicios de salud podrían tener más de un número de NPI. Debe confirmar el número de NPI correcto del proveedor de servicios de salud específico y la ubicación del consultorio donde lo atenderán, al comunicarse a ese consultorio directamente.
- Para las direcciones de los proveedores de servicios de salud, incluya el código postal además de la extensión de cuatro dígitos (9 dígitos).
- SI TIENE ALGUNA PREGUNTA relacionada con los beneficios y servicios provistos o excluidos bajo esta póliza, comuníquese con un representante de ventas de Horizon BCBSNJ, llamando al 1-844-274-0911 o con su corredor de seguros antes de firmar este formulario.
- ¡REPRODUZCA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD COMPLETA! Se puede usar una copia de esta solicitud como tarjeta de identificación provisional durante 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor si Horizon BCBSNJ lo autoriza. Tiene que verificar la cobertura con Horizon BCBSNJ antes de acudir a un especialista o ser admitido a un hospital.
- Puede enviarnos este formulario por correo postal, fax o correo electrónico:
 - Enviar por correo postal a: Horizon BCBSNJ
Attn: Consumer Enrollment Dept.
P.O. Box 1330
Newark, NJ 07101-1330
 - Enviar por correo electrónico a: individualapplication@horizonblue.com
 - Enviar por fax a: 973-274-4413

Elegibilidad

- A. Los requisitos de elegibilidad se establecen bajo la Ley de Reforma de Cobertura Médica Individual de 1992, PL 1992, c. 161 (N.J.S.A. 17B:27A-2etseq.).
- B. Usted TIENE QUE ser residente de New Jersey.
- C. No tiene que tener otra cobertura médica aparte del plan individual que desea reemplazar actualmente. "Otra cobertura médica" incluye cobertura bajo: un plan médico grupal como resultado de un empleo, ya sea con un empleador privado o público (gubernamental), incluso la cobertura que continúa a través de una elección de COBRA o estipulaciones de continuidad del estado; un plan de la iglesia, el Programa Medicare u otro plan de beneficios de salud individual.

En mi nombre y en nombre de los dependientes que se incluyen en este Formulario de solicitud de conversión de un plan médico no grupal, reconozco que:

1. Autorizo a cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica u otra institución de atención médica, compañía aseguradora, agencia de elaboración de informes del consumidor y cualquier empleador para que le dé a Horizon BCBSNJ o a cualquier agencia de elaboración de informes del consumidor que actúe en nombre de Horizon BCBSNJ, información relacionada con un empleo, otra cobertura médica y asesoría médica, tratamiento o suministros para cualquier condición física o mental relacionada conmigo o con un dependiente menor que solicita cobertura. Acepto que esta autorización será válida durante 30 meses a partir de la fecha en que firme este formulario, a menos que se revoque en una fecha previa.
2. Acepto que, si revoco esta autorización antes de su vencimiento, esta revocación no afectará ninguna acción que Horizon BCBSNJ haya tomado con base en la autorización.
3. Entiendo que podría recibir una copia de esta autorización si la solicito.
4. Acepto que Horizon BCBSNJ proveerá la cobertura de acuerdo con los términos del contrato para el plan individual.
5. Entiendo que mi inscripción y la inscripción de mis dependientes indicados en un plan individual de Horizon BCBSNJ está condicionada a la aceptación de parte de Horizon BCBSNJ.

Acepto que la provisión de la cobertura y los beneficios dependen del pago de las primas del plan de salud y pueden ser cancelados de acuerdo con los términos de la póliza individual si las primas del plan de salud no se pagan a tiempo.

Declaraciones falsas: Cualquier persona que incluya una declaración falsa o información engañosa en un formulario de Solicitud de conversión de un plan médico no grupal para un plan de beneficios médicos está sujeta a sanciones criminales y civiles.