

Atención administrada

Formulario de inscripción o modificación para miembros



PARA USO EXCLUSIVO DE ANTHEM

N.º de identificación del miembro	N.º de la firma	Fecha de entrada en vigencia
-----------------------------------	-----------------	------------------------------

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/SOLICITANTE

N.º de contrato actual con Anthem BCBS, si lo hubiere		N.º de Seguro Social	
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Domicilio o apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	Dirección de correo electrónico		

SECCIÓN 2: MOTIVO DE INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO (marque el motivo a continuación y coloque la fecha si es necesario)

<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Nuevo grupo (inscripción inicial)	<input type="checkbox"/> COBRA - fecha de inicio _____	<input type="checkbox"/> Jubilado - fecha de jubilación _____
<input type="checkbox"/> Recontratación	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> COBRA - fecha del acontecimiento _____	<input type="checkbox"/> Acontecimiento _____
<input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura (consulte la Sección 6)	<input type="checkbox"/> Otro _____	Fecha _____	

SECCIÓN 3: CAMBIO DE CONDICIÓN (marque el tipo y la fecha de cambio a continuación)

<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar dependiente	<input type="checkbox"/> Eliminar dependiente	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio	<input type="checkbox"/> Cambio de PCP	Fecha del cambio
---	--	---	--	--	------------------

Motivo del cambio

<input type="checkbox"/> Adopción	<input type="checkbox"/> Cubierto por Medicaid	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Matrimonio
<input type="checkbox"/> Inscripción anual	<input type="checkbox"/> Orden judicial	<input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Ingreso al servicio militar	<input type="checkbox"/> Cancelación voluntaria
<input type="checkbox"/> Unión civil	<input type="checkbox"/> Baja del servicio militar	<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura	

SECCIÓN 4: OPCIONES DE LOS MIEMBROS

<input type="checkbox"/> Access Blue New England	<input type="checkbox"/> Blue Choice New England con HSA*	<input type="checkbox"/> Matthew Thornton Blue ^{SM+} New Hampshire HealthFirst
<input type="checkbox"/> Blue Choice	<input type="checkbox"/> Blue View Vision (consulte la Sección 10) _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Blue Choice New England	<input type="checkbox"/> HMO Blue New England	
<input type="checkbox"/> Blue Choice New England con HRA	<input type="checkbox"/> Matthew Thornton Blue ^{SM+}	

*Verifique con su empleador cuál es el custodio de HSA que se seleccionó.

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la compañía		N.º de la firma/Plan de beneficios médicos	
Fecha de contratación*	Fecha de recontratación (si corresponde)*	Fecha de elegibilidad	No. de horas trabajadas por semana

* Fecha de contratación/recontratación: El primer día en el que la persona presta servicios por un salario o cualquier otra forma de compensación es la fecha de contratación o recontratación.

SECCIÓN 6: ELECCIÓN DE NO INSCRIBIRSE

No deseo inscribirme en ningún plan. Marque una de las siguientes opciones:

<input type="checkbox"/> No tengo ninguna otra cobertura. Comprendo que la oportunidad de inscribirme en el futuro estará sujeta a todos los requisitos de grupo, las políticas de Anthem y NH RSA 420-G:8.
<input type="checkbox"/> Ya tengo otra cobertura.

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguros
---------------------------------	---------------------

Firma X	Fecha
-------------------	-------

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL MIEMBRO (incluya solo los miembros de la familia que desea inscribir, eliminar o cambiar)

Para recibir el mayor nivel de beneficios disponible mediante su cobertura, usted y sus dependientes deben elegir un proveedor de atención primaria del directorio de la red que aparece en **anthem.com** y escribir el número de código del proveedor en las casillas de código de los proveedores de atención primaria (PCP). Antes de seleccionar un proveedor designado como "Solo pacientes actuales" en el directorio, asegúrese de comunicarse con el consultorio del proveedor para verificar que tenga la condición de paciente actual.

Nota: Si elige Cobertura para dependientes, incluya todos los hijos/hijastros que reúnan los requisitos y complete todos los formularios necesarios según las pautas de su empleador. Si su plan de beneficios médicos para grupos incluye la cobertura de pareja, se debe adjuntar a este formulario de inscripción una Declaración de Pareja Doméstica completa.

Médica	De la visión	Nombres de las personas (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo	¿Tiene otro seguro?	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Estudiante de tiempo completo?	Médico de atención primaria (PCP)	Paciente actual
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Nombre N.º de PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ex cónyuge/cónyuge legal <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Unión civil	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Nombre N.º de PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre N.º de PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre N.º de PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre N.º de PCP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para planes HMO: debe completar la información del PCP para cada miembro. Para obtener una lista actualizada de los PCP válidos, visite anthem.com. Si desea elegir otros beneficios, no complete esta sección.

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA (esta sección debe estar completa)

¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia cobertura de un seguro de salud durante los 63 días anteriores a la fecha de su contratación o a la fecha de entrada en vigencia de la nueva póliza?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, complete los siguientes espacios:

	Usted	Cónyuge/Pareja doméstica/ Unión civil	Dependientes		
			1	2	3
Nombre de la compañía de seguros					
N.º de certificado (póliza)					
Fecha de inicio de la cobertura					
Fecha de finalización de la cobertura, a menos que la cobertura siga vigente					

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

¿Reúne alguna de las personas mencionadas en esta solicitud los requisitos para recibir la cobertura de Medicare? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, complete los espacios a continuación para cada una de esas personas.

Nombre(s) de los beneficiarios de Medicare	N.º de reclamación del seguro de salud	Fecha de vigencia de Medicare Parte A	Fecha de vigencia de Medicare Parte B	Fecha de vigencia de Medicare Parte C	Marque todos los motivos por los que usted reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare
					<input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
					<input type="checkbox"/> 65 años de edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

SECCIÓN 10: FIRMA DEL EMPLEADO

Solicito cobertura para mí y todos mis dependientes, y autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones que correspondan de mis ingresos para pagar el seguro. Todas las declaraciones y respuestas que he dado son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo que es un delito brindar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a las compañías de seguros con el fin de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de los beneficios del seguro. Comprendo que todos los beneficios están sujetos a las condiciones establecidas en el Acuerdo de Grupo y el Certificado de Cobertura.

Lo siguiente se aplica si seleccionó Blue View Vision en la Sección 4:

Divulgación de información de beneficios limitados: la póliza o el certificado provee solo beneficios de la visión. Revise detenidamente su póliza o certificado.

Firma del empleado X	Aclaración en letra de imprenta	Fecha
--------------------------------	---------------------------------	-------

Bienvenido a Anthem Blue Cross and Blue Shield

Siga las instrucciones detalladas a continuación para completar la Solicitud de inscripción. Para obtener más información, consulte con el administrador de beneficios de su empleador.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/SOLICITANTE

El número de identificación de Anthem actual se debe completar solo si desea cambiar, actualizar o cancelar una póliza existente. No obtendrá un nuevo número de identificación de Anthem si se trata de una inscripción nueva.

SECCIÓN 2: MOTIVO DE INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO

Esta información es necesaria si usted es un empleado nuevo, un empleado recontratado, un inscripto nuevo, un participante de COBRA o un jubilado.

SECCIÓN 3: CAMBIO DE CONDICIÓN

Esta información se requiere si usted es un miembro actual que desea cambiar su condición de miembro. Los miembros nuevos no deben completar esta información.

SECCIÓN 4: OPCIONES DE LOS MIEMBROS

Esta información es obligatoria para los inscritos nuevos. Es opcional para todas las demás opciones.

Descripciones de los planes de Anthem dirigidos por el consumidor:
Lumenos HSA = Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) de Lumenos
Lumenos HRA = Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) de Lumenos

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

El nombre de la compañía, el número de división de la firma y el número del plan de beneficios médicos son obligatorios al completar esta solicitud. La fecha de contratación o recontractación es obligatoria solo para los nuevos miembros. El primer día en el que la persona presta servicios por un salario o cualquier otra forma de compensación es la fecha de contratación o recontractación.

SECCIÓN 6: ELECCIÓN DE NO INSCRIBIRSE

Complete este cuadro solo si desea renunciar a su cobertura.

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO Y DEL SOLICITANTE

Esta información es necesaria para los miembros nuevos, la remoción o adición de dependientes, las modificaciones de médicos de atención primaria (PCP), los cambios o las actualizaciones de fechas de nacimiento y los cambios de nombres de dependientes. No se requiere para los cambios de domicilio o la terminación de la totalidad de la póliza.

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

Esta información se requiere al inscribirse como un miembro nuevo o al agregar un miembro a su póliza existente. Se le devolverá la póliza si esta información no está completa.

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Esta información se requiere para cualquier miembro de esta póliza que tenga más de 65 años de edad o cumpla con los requisitos para obtener la cobertura de Medicare.

Nota: Cada año, Anthem Blue Cross and Blue Shield ahorra millones de dólares para sus miembros y grupos a través de la Coordinación de beneficios. La información sobre otro seguro o Medicare le permite asegurarse de que recibe todos los beneficios a los que tiene derecho. Al dividir los gastos de atención de la salud correctamente entre sus planes, podemos controlarlos mejor.

SECCIÓN 10: FIRMA DEL EMPLEADO

El empleado debe firmar la solicitud para que sea válida. Si usted es un administrador de beneficios que desea finalizar la cobertura para un miembro, coloque su nombre en el espacio correspondiente.

Las solicitudes completas se pueden enviar a Anthem Blue Cross and Blue Shield a través de uno de los siguientes métodos:

Correo: Anthem Blue Cross and Blue Shield
3000 Goffs Falls Road
Manchester, NH 03111-0001

Fax: 603-645-5830