

Planes médicos MEA

Formulario de inscripción/cambio de membresía



Sección 1: Información del empleador

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| Nombre del distrito escolar | | Núm. de grupo (si existe un grupo) | |
| Domicilio | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha de contratación (MMDDAAAA) | Fecha de recontractación (si corresponde) (MMDDAAAA) | Fecha de elegibilidad (MMDDAAAA) | Cantidad de horas trabajadas por semana |
| Fecha de contratación/recontractación: El primer día en el que la persona presta servicios por un salario o cualquier otra forma de compensación es la fecha de contratación/recontractación. | | | |

Sección 2: Información del miembro/solicitante

| | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|---|----------------------------|
| Identificación de miembro actual de Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem), si corresponde | | Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| Núm. de dirección de la casa, calle o P.O. Box y núm. de apartamento | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono de casa | Núm. de teléfono del trabajo | Dirección de correo electrónico | Marque una de las siguientes opciones <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Empleado retirado <input type="checkbox"/> COBRA | |

Sección 3: Motivo de la inscripción del miembro. Marque el motivo a continuación e indique la fecha, si se requiere.

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inscripción anual | <input type="checkbox"/> Nuevo grupo (inscripción inicial) | <input type="checkbox"/> COBRA. Fecha de inicio: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> COBRA. Fecha del evento: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Nuevo empleado | <input type="checkbox"/> Transferibilidad o evento de vida calificador | <input type="checkbox"/> Retirado. Fecha de retiro: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> |

Sección 4: Cambio de condición. Marque el tipo y la fecha del cambio a continuación.

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambiar nombre | <input type="checkbox"/> Eliminar dependiente | <input type="checkbox"/> Cambiar dirección | <input type="checkbox"/> Cambiar PCP |
| <input type="checkbox"/> Agregar dependiente | Fecha de cambio: <input type="text"/> (MMDDAA) | | |
| Motivo del cambio <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Inscripción anual <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Cambio de custodia mediante una orden judicial <input type="checkbox"/> Cubierto por Medicaid <input type="checkbox"/> Cubierto por otro seguro <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Baja del ejército <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Entrada al ejército <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura involuntaria <input type="checkbox"/> Pérdida de Medicaid involuntaria <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> | | | |

Sección 5: Opciones de membresía

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Choice Plus | <input type="checkbox"/> Standard Plan \$500 | <input type="checkbox"/> Standard Plan \$1,000 |
| Aviso: Hay hospitales, centros de cuidado médico, médicos y otros proveedores de cuidados médicos que no están incluidos en la red de este plan. Sus responsabilidades financieras de pago por los servicios cubiertos pueden ser diferentes si utiliza un proveedor dentro o fuera de la red. Consulte el directorio de proveedores en línea disponible en anthem.com para determinar si un proveedor en particular está dentro de la red, o póngase en contacto con el Servicio al Cliente para recibir asistencia. | | | |

Sección 6: Información del miembro. Enumere solo los dependientes que desee inscribir, eliminar o cambiar.

La información del dependiente se debe llenar para todos los dependientes adicionales (si los hubiera) que estarán cubiertos en virtud de los términos de esta cobertura. Los dependientes elegibles pueden ser su cónyuge o pareja doméstica, sus hijos o los hijos de su cónyuge o pareja doméstica (hasta el final del mes calendario en que cumplan 26 años). Los hijos mayores de 26 años pueden ser elegibles para la cobertura como dependientes si son incapaces de tener un empleo que los sustente debido a una deficiencia física, mental, intelectual o de desarrollo. Incluya a todos los dependientes, comenzando por el mayor.

Antes de responder las preguntas de la Sección 4, lea la información sobre la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) en la página 6 de la solicitud, en la Sección 6, “Términos, condiciones y autorizaciones”.

| Nombres de las personas (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Sexo | ¿Tiene otro seguro? | Si tiene una discapacidad, ¿desde cuándo? | Núm. de Seguro Social ¹ (requerido) | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Médico de atención primaria (PCP) ² (Consulte a continuación para ver las instrucciones). | Paciente actual |
|---|--|--|---|---|-------------------------------------|---|--|
| Suscriptor | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | | Nombre Núm. de PCP | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Pareja doméstica | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | | Nombre Núm. de PCP | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | | Nombre Núm. de PCP | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | | Nombre Núm. de PCP | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Dependiente | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No especificado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | | Nombre Núm. de PCP | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |

En la actualidad, ¿usted o algún miembro de su familia reclaman beneficios médicos por la compensación para trabajadores? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, ingrese el nombre del reclamante: _____

- 1 Anthem debe cumplir con la exigencia del Servicio de Impuestos Internos de recopilar esta información.
- 2 Si está presentando una solicitud para Choice Plus, cada miembro debe completar la información del PCP. Para obtener la lista de los PCP válidos, vaya a la red de HMO Choice en anthem.com. Si está presentando una solicitud para un plan Standard, no llene esta sección.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans of Maine, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Sección 7: Información sobre la cobertura anterior. Se debe llenar esta sección.

¿Usted o algún miembro de su familia han tenido cobertura de un seguro médico durante los 90 días anteriores a la fecha de contratación o a la fecha de entrada en vigencia de la nueva póliza? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, llene lo siguiente:

| | Suscriptor | Cónyuge legal/ Pareja doméstica | Dependientes | | |
|--|------------|------------------------------------|--------------|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 |
| Nombre de la compañía de seguro | | | | | |
| Núm. de certificado (póliza) | | | | | |
| Fecha de inicio de la cobertura | | | | | |
| Indique la fecha de finalización de la cobertura o si la cobertura sigue vigente | | | | | |

Sección 8: Información de beneficiarios de Medicare

¿Alguna de las personas enumeradas en esta solicitud es actualmente elegible para Medicare? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es afirmativa, llene los espacios a continuación para cada una de las personas elegibles para estar cubiertas por Medicare o que ya están cubiertas por Medicare.

| Nombres de los beneficiarios de Medicare | Núm. de Medicare | Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte A | Fecha de entrada en vigencia de Medicare Parte B | Marque todos los motivos por los que califica para recibir la cobertura de Medicare |
|--|------------------|--|--|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal |
| | | | | <input type="checkbox"/> 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal |
| | | | | <input type="checkbox"/> 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal |
| | | | | <input type="checkbox"/> 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal |

Sección 9: Términos, condiciones y autorizaciones (TÉRMINOS)

Lea esta sección atentamente antes de firmar la solicitud.

He leído y acepto los "Términos, condiciones y autorizaciones" como condición de la cobertura. Las respuestas suministradas a todas las preguntas son verdaderas a mi leal saber y entender, y entiendo que Anthem se basa en ellas para aceptar esta solicitud. Entiendo que cualquier declaración falsa o la omisión de información puede provocar cambios considerables en la cobertura o en las tasas de las primas. Cualquier declaración falsa importante u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud podría ocasionar la denegación de beneficios o la rescisión o cancelación de la cobertura. Acepto los términos en mi nombre y en el de los dependientes cubiertos por el plan. Actúo como su agente y representante.

Certifico que todos los números de Seguro Social mencionados en esta solicitud son correctos.

Aviso de fraude: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro. Todas las declaraciones realizadas por el solicitante contenidas en la solicitud se considerarán declaraciones y no garantías a menos que sean declaraciones falsas fraudulentas.

Firmo aquí porque deseo recibir información acerca de mis beneficios por correo electrónico u otros medios electrónicos. Esto puede incluir mi certificado o evidencia de cobertura, declaraciones de la explicación de beneficios, avisos requeridos e información útil o personalizada para aprovechar al máximo mi plan. Por eso, me aseguraré de que Anthem cuente con mi dirección de correo electrónico más actualizada. Estas comunicaciones electrónicas pueden incluir detalles específicos sobre mi persona y mi plan. Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento o solicitar una copia gratuita de documentos específicos por correo postal. Me comunicaré con Anthem en cualquiera de los casos.

Gracias por elegir Anthem Blue Cross and Blue Shield.

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Firma del solicitante X | Nombre en letra de imprenta | Fecha (MMDDAAAA) |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|

Sección 10: Sin cobertura. Llene esta sección si no desea recibir cobertura.

Deseo no inscribirme en un plan. Marque una de las siguientes opciones:

☐ Tengo otra cobertura

☒ BIEN

☐ No tengo ninguna otra cobertura. Entiendo que la oportunidad de inscribirme en el futuro estará sujeta a las reglamentaciones de Anthem.

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Firma del solicitante X | Nombre en letra de imprenta | Fecha (MMDDAAAA) |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------|

Si tiene preguntas sobre MEA Choice Plus o MEA Standard, llame al 833-990-3607.

Se deben llenar todas las preguntas para que esta solicitud pueda procesarse.