

Formulario de Inscripción de Cambio de Estado (ECOS)

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE CAMBIO DE ESTADO ADJUNTO.

LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE FORMULARIO Y LAS CONDICIONES QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN FORMAN PARTE DE MI CONTRATO CON BLUE CROSS BLUE SHIELD OF MICHIGAN (BCBSM), BLUE CARE NETWORK OF MICHIGAN (BCN) O BCBSM BLUE CHOICE POINT OF SERVICE (POS).

Solicito cobertura para mí y para los miembros de mi familia identificados en esta solicitud dentro del contrato de mi grupo o asociación con BCBSM o BCN (BCBSM/BCN). La cobertura comienza en la fecha que BCBSM/BCN determine. A partir del momento en que BCBSM/BCN acepte mi solicitud, los miembros de mi familia sujetos a esta cobertura y yo estaremos obligados por las condiciones de la póliza y de esta solicitud. Comprendo que la presentación de información falsa o engañosa o la omisión de información esencial en este formulario podrá derivar en el rechazo de mi inscripción o en la finalización retroactiva de mi cobertura.

Prueba de elegibilidad: Acepto ofrecer prueba de la elegibilidad de mi dependiente para recibir cobertura cuando BCBSM/BCN lo solicite.

Autorización: Autorizo a mi grupo o asociación a tramitar toda cuestión relativa a la cobertura. Podrán remitir las deducciones acordadas de mi salario en concepto de cobertura. Yo tendré la responsabilidad de notificar a mi grupo o asociación todo cambio en mi condición o en la de mi familia que pudiera afectar la cobertura, como por ejemplo, matrimonio, divorcio, nacimiento, beneficios de Medicare o fallecimiento de alguna de las personas incluidas en mi póliza. Autorizo a BCBSM/BCN, y/o a mi Médico de Cabecera a obtener mi historial clínico y el de los miembros inscritos de mi familia en la medida en que se las necesite para coordinar nuestra atención médica, para la administración de mi cobertura con BCBSM/BCN, y por cualquier otro motivo necesario a fin de que BCBSM/BCN cumpla con sus obligaciones contractuales y legales.

Liberación de Información: Entiendo que BCBSM no necesita mi Número de Seguro Social; sin embargo, mi grupo o asociación, Medicare, Medicaid, BCN y otros sí lo requieren. Al solicitar cobertura, yo y los miembros de mi familia inscritos convenimos en permitir que los prestadores y demás revelen “información protegida sobre la salud” (término utilizado en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996, según amendada) a BCBSM/BCN para propósitos de administración de nuestra cobertura. A mi petición, BCBSM/BCN me indicará dónde envió la información.

COBRA: Yo no tendré elegibilidad de solicitar el rechazo de una exclusión preexistente en la cobertura no grupal de BCBSM si no ha elegido y agotado la cobertura COBRA de la que yo disponga.

SÓLO PARA BLUE CARE NETWORK

Yo y los miembros afiliados de mi familia aceptamos que nuestro(s) Médico(s) de Cabecera de BCN designado(s) realice, recete, dirija o autorice todos nuestros servicios médicos, excepto en caso de una emergencia médica inmediata e imprevista, si el tiempo que llevaría comunicarnos con nuestro(s) Médico(s) de Cabecera pudiera producir daños permanentes a nuestra salud. No se cubrirán los servicios no autorizados que no correspondan a una emergencia inmediata, según se describe con anterioridad, realizados por prestadores que no pertenezcan a Blue Care Network.

El área de servicio de BCN excluye los condados de Branch, Lake, Lenawee, Mason, Missaukee, Osceola y Sanilac. Los residentes de estos condados podrán recibir los servicios en un condado cubierto por BCN mediante la presentación, a la hora de la inscripción, de una Exclusión de Fuera de Área.

Acepto ceder a BCN todos mis derechos de recupero de gastos hospitalarios, servicios médicos y recetas incurridos por o pagados por BCN y que correspondieran a cualquier persona u organización como resultado de un accidente o enfermedad, incluyendo lesiones o enfermedad reclamada en virtud de las leyes de compensación del trabajador, ya sea como consecuencia de un monto indemnizado, pago voluntario o de otra manera.

Autorizo al tenedor de información médica o de otro tipo sobre mí o los miembros afiliados de mi familia a proporcionar a los centros de servicios de Medicare y Medicaid, compañía de seguros o a cualquier HMO y sus representantes, la información necesaria para determinar la cobertura de beneficios. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid, compañía de seguros o HMO se haga efectivo a Blue Care Network en concepto de los servicios que Blue Care Network nos hubiera prestado a mí y a los miembros afiliados de mi familia.

SÓLO PARA BLUE CHOICE POINT OF SERVICE

Yo y los miembros afiliados de mi familia aceptamos que nuestro(s) Médico(s) de Cabecera de POS designado(s) realice, recete, dirija o autorice todos nuestros servicios médicos, excepto en caso de una emergencia médica inmediata e imprevista, si el tiempo que llevaría comunicarnos con nuestro(s) Médico(s) de Cabecera pudiera producir daños permanentes a nuestra salud. Los servicios no autorizados que no correspondan a una emergencia inmediata e imprevista, según se describe con anterioridad, estarán sujetos a los deducibles y copagos correspondientes a servicios prestados fuera de la red.

Envíe el formulario completo a:

Blue Cross Blue Shield of Michigan
Membership and Billing – 1704
P.O. Box 2260
Detroit, MI 48231-2260

Blue Care Network
Membership – M.C. C411
P.O. Box 5043
Southfield, MI 48086

POS/Blue Choice Point of Service Center
P.O. Box 5097
Southfield, MI 48086-5097

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CAMBIO DE ESTADO
TODAS LAS SECCIONES DEBERÁN ESTAR COMPLETAS ANTES DE QUE SE PUEDA PROCESAR EL FORMULARIO

EL SUSCRIPTOR DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 1 A 4:

- SECCIÓN 1:** Ingrese los datos del suscriptor incluyendo: número de seguro social o contrato asignado, apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, domicilio completo, estado civil, sexo, fecha de nacimiento, números de teléfono particular y comercial.
- SECCIÓN 2:** Enumere todas las personas que desee añadir o borrar. **ADJUNTE LOS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN ADICIONALES NECESARIOS PARA AÑADIR MÁS DEPENDIENTES.** Incluya sexo, fecha de nacimiento, número de seguro social y código de parentesco. Adjunte la documentación solicitada al Formulario de Inscripción / Cambio de Estado. En el caso de BCN o POS, seleccione en base al directorio apropiado impreso o que figura en el sitio Web, el nombre de un médico de cabecera participante (PCP) de BCN/POS para cada una de las personas enumeradas. Además, incluya el código del médico – (si lo sabe), la localidad del médico (calle, ciudad), y si la persona fue atendida por ese médico dentro de los últimos 12 meses. Tilde el recuadro correspondiente si estuvo inscrito anteriormente en BCBSM, BCN o POS. Indique el número de contrato que le otorgaba cobertura. Incluya un domicilio alternativo, si corresponde. En el caso de cambiar de PCP (médico de cabecera), tilde el recuadro de cambio de PCP en la Sección 5 y agregue la información indicada más arriba para cada uno de los afiliados que deseen cambiar de PCP y explique la razón por la que solicita el cambio. En el caso de un cambio de PCP, no es necesario que el representante del grupo firme el formulario. Si un afiliado solicita sólo un cambio de PCP, también puede hacerlo llamando a Atención al Cliente o a través del Internet: www.bcbsm.com.
- SECCIÓN 3:** Si una persona incluida en la Sección 2 tuviera otra cobertura médica ya sea a través de un grupo o individualmente, favor de tildar el recuadro “Sf”. Indique la persona cubierta, el nombre del grupo, el número de póliza, el nombre del asegurador y localidad. Si usted u otra persona incluida en la Sección 2 estuviera inscrito en Medicare, favor de tildar el recuadro “Sf”. **Si la respuesta es “Sf”, adjunte una copia de la(s) tarjeta(s) de Medicare.** Tilde el recuadro correspondiente para indicar cuál receptor está habilitado a recibir Cobertura de Medicare. POS no se encuentra disponible para la personas inscritas en Medicare. Si existe cobertura de Medicare, la inscripción no se procesará sin una copia de la(s) tarjeta(s) de Medicare.
- SECCIÓN 4:** Usted debe firmar el formulario e indicar la fecha en que se completó el mismo.

EL GRUPO DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN 5 (Este formulario de inscripción se procesará sólo cuando se haya completado la siguiente información):

- Plan de Cobertura para BCN:** Por favor proporcione la identificación del grupo, la identificación del subgrupo y la identificación de la clase, si se encuentra disponible incluya el nombre del grupo, representante, firma y fecha. Indique los productos incluidos, por ejemplo, médicos, medicamentos recetados, audición, visión o dental. Tilde el recuadro de productos. Nota: Si se inscribe en BCN y existe un número de grupo separado para su producto dental o de la visión de BCBSM, complete dos formularios de Inscripción / Cambio de Estado – uno con el número de grupo / sufijo Dental / Visión de BCBSM y otro con el grupo, subgrupo e identificación de clase de BCN y preséntelos en las áreas correspondientes.
- Plan de Cobertura para BCBSM:** Indique los productos que está seleccionando. Favor de proporcionar el nombre del grupo, firma y fecha. De encontrarse disponible, complete el número del grupo / sufijo (8 dígitos) de BCBSM, código de servicio y número de badge o identificación del empleado, si corresponde.
- Inscripción:** Indique la fecha de vigencia en BCBSM/BCN y la fecha real de contratación / recontratación del suscriptor o la fecha en que pasó de tiempo parcial a tiempo completo. Tilde todos los recuadros de inscripción que correspondan. La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) estipula que los grupos deberán ofrecer períodos especiales de inscripción abierta para sus suscriptores. Estos períodos especiales de inscripción incluyen la inscripción o modificaciones como resultado de casamiento, nacimiento, adopción o guarda, pérdida de la elegibilidad o baja de los aportes del grupo.
- Razón del Cambio:** Si desea cambiar la cobertura de salud de un suscriptor / dependiente(s), indique la fecha de vigencia de BCBSM/BCN. Favor de tildar la razón del cambio o indique el acontecimiento habilitado por HIPAA, de no estar incluido en la lista.
- Cancelación de Cobertura:** Indique la última fecha de cobertura, tilde si se está cancelando el contrato, si la cancelación es por parte del cónyuge o si un dependiente está cancelando su cobertura. Además, tilde el recuadro apropiado que identifique la razón de la cancelación.
- Inscripción en COBRA:** Para inscribir a afiliado(s) dado(s) de baja en la cobertura de salud COBRA, por favor ingrese la fecha de estado de habilitación original de COBRA. Tilde también el acontecimiento original que lo habilita para recibir cobertura COBRA.
- ESTADO DE MEDICARE:** Indique la cobertura primaria según la(s) Ley(es) Federal(es) de Pagador Secundario (MSP) y adjunte una copia de la(s) tarjeta(s) de Medicare.

FAVOR DE PRESENTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA SU INSCRIPCIÓN

INSCRIPCIÓN / CAMBIO DE ESTADO

SECCIÓN 1	INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR - COMPLETAR SECCIONES DEL 1 AL 4				
	Seguro Social del Suscriptor		Apellido del Suscriptor <input type="checkbox"/> Tildar, de ser nuevo		Primer Nombre del Suscriptor
	Domicilio <input type="checkbox"/> Tildar, de ser nuevo		Ciudad		Estado
	Código Postal	Condado	Estado Civil Actual <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Código de Área/Teléfono Particular					
Código de Área/Teléfono Comercial					

SUSCRIPTOR SECCIÓN 2	Listar todas las personas a ser inscritas / dado de baja:					NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA - SÓLO BCN/POS				Fue atendido en los últimos 12 meses					
		Circular Una	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INI-CIAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	# DE SEGURO SOCIAL	*CÓDIGO PAREN.	APELLIDO	1 ^{ra} . INICIAL	CÓDIGO DEL MÉDICO #	LOCALIDAD DEL MÉDICO	SÍ	NO
	Suscriptor	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _								
	Cónyuge	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _								
	Dep--1	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _								
	Dep--2	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _								

* Código de Parentesco			Previa Afiliación a BCBSM/POS			Razón del Cambio de PCP - Sólo BCN/POS				
N - Hijo (Natural o Adoptado) S - Hijastro F - Continuación Familiar 19+		P - Sustento Principal* A - Adopción del Niño en Proceso* L - Tutela Legal*		SD - Dependiente Patrocinado* C - Cobertura por Orden Judicial (QMSCO)** D - Niño Discapacitado (PA 275)***		Estuve inscrito anteriormente en: (Tildar el recuadro apropiado) <input type="checkbox"/> BCBSM <input type="checkbox"/> BCN <input type="checkbox"/> POS Ingresar # de Contrato _____				
Si el domicilio permanente del cónyuge o dependiente es diferente al domicilio en la sección uno, favor completar la información a continuación:										
Cónyuge / Dependiente (Nombre completo)			Calle			Ciudad			Estado	Código Postal

OTRA COBERTURA SECCIÓN 3	¿Cuenta usted, su cónyuge o dependiente(s) con otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		De ser Sí, completar a continuación:							
	Persona cubierta (Nombre completo)		Grupo	Número de Póliza			Asegurador		Localidad	
	Persona cubierta (Nombre completo)		Grupo	Número de Póliza			Asegurador		Localidad	

FIRMA SECCIÓN 4	He leído y entiendo las condiciones que se encuentran en la página 1 de este formulario.									
	Firma del suscriptor			Fecha de Firma			Observaciones			

SÓLO PARA USO DEL GRUPO - TILDAR Y COMPLETAR LOS RECUADROS APROPIADOS

SÓLO PARA USO DEL GRUPO SECCIÓN 5	Grupo / Sujeto o Identificación de BSN /Identi. de Subgrupo		Código Servicio BCBSM/Iden. Clase BCN	Badge Identi. # Empleado	Nombre del Grupo	Firma del Representante del Grupo	Fecha	
	COBERTURA/PLAN: Plan Blue Care Network: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental Cobertura BCBSM : <input type="checkbox"/> Tradicional/CMM <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Sólo Dental <input type="checkbox"/> Sólo Visión							
	INSCRIPCIÓN:		Fecha de Vigencia:	Fecha de Contratación o Estado de Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Horista	<input type="checkbox"/> Retirado
	RAZÓN DEL CAMBIO:		Fecha de Vigencia:		<input type="checkbox"/> Recontratación	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Asalariado	<input type="checkbox"/> Cónyuge Sobreviviente
	CANCELACIÓN DE COBERTURA:		Última Fecha de Cobertura:	<input type="checkbox"/> Casamiento	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación Duplicada	<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre	<input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio	
	INSCRIPCIÓN COBRA:		Fecha de Habilitación Original:	<input type="checkbox"/> Dependiente(s)	<input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura (Se necesita Certificado de Cobertura Verosímil)	<input type="checkbox"/> Cambio de PCP	<input type="checkbox"/> Evento de Habilitación HIPPA (describir el evento): _____	

ESTADO DE MEDICARE:		Fecha de Vigencia:	<input type="checkbox"/> Medicare, Cobertura Primaria según Ley(es) MSP	<input type="checkbox"/> BCBSM/BCN, Cobertura Primaria según Ley(es) MSP	Favor adjuntar una copia de la(s) tarjeta(s) de Medicare		
----------------------------	--	--------------------	---	--	--	--	--