

CÓMO LLENAR SU SOLICITUD DE AFILIACIÓN A HIGHMARK BLUE SHIELD

A continuación se encuentran las instrucciones para llenar la solicitud de afiliación A Highmark Blue Shield.

Se debe incluir toda la información según se indica.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Los primeros trece (13) puntos se refieren a información del empleado. La información que debe proporcionar incluye:

- 1) Nombre del empleador y motivo de la solicitud
- 2) Nombre, inicial del segundo nombre y apellido del empleado.
- 3) Dirección del empleado
- 4) Ciudad
- 5) Estado
- 6) Código postal
- 7) Número del Seguro Social del empleado
- 8) Fecha de vigencia de la cobertura
- 9) Estado del empleado: Marque con un (✓) la casilla que corresponda ya sea que usted es un empleado activo, jubilado, por horas o asalariado. Si está jubilado, indique la fecha en que se jubiló.
- 10) Número de teléfono particular del empleado (incluido el código de área): Denos su número de teléfono particular para comunicarnos con usted si tenemos preguntas acerca de su solicitud y para prestarle un mejor servicio.
- 11) Número de teléfono del trabajo del empleado (incluido el código de área)
- 12) Fecha de contratación del empleado (es decir, la fecha en que el empleado calificó para afiliarse y recibir los beneficios). Especifique mes/día/año. Esto se exige conforme a la Ley sobre la responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- 13) Marque el tipo de cobertura a la que se va a afiliarse, usando la categoría correspondiente (empleado, dos personas o familia).
- 14) Para uso exclusivo del administrador de la cuenta

Los puntos **15** al **19** se refieren a información importante acerca de usted y cada miembro de su familia que califique (**15** usted, **16** su cónyuge/pareja, **17 a 19** sus cargas). Llene toda la información que se solicita. Si la relación es "otro", indique la relación de la carga con el empleado de acuerdo con los códigos que aparecen en la solicitud.

- **Nombre / Inicial del segundo nombre / Apellido** — Indique el nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada persona que califique que usted indique.
- **Número del Seguro Social** — Indique el número del Seguro Social de cada persona.
- **¿Tiene otro seguro?** — Si usted o un familiar tiene otro seguro médico, incluido Medicare, responda "Sí". De lo contrario, debe responder "No".
- **Fecha de nacimiento** (mes/día/año)
- **Sexo** (masculino o femenino)
- **Verifique si: Estudiante Mayor de 19 años, Discapacitado o dependiente según la Ley N° 4.** Si su dependiente tiene más de 19 años y es un estudiante a tiempo completo, o un dependiente discapacitado de cualquier edad, o un dependiente según la Ley N° 4 hasta los 30 años (consulte con su administrador de beneficios para determinar su elegibilidad), marque la columna adecuada (✓) al lado del nombre del dependiente.
- 20) Se debe llenar si usted, su cónyuge/pareja o una de sus cargas que califique tiene otra cobertura de seguro de salud o califica para Medicare. Llene toda la información que se solicita. Consulte su tarjeta de Medicare para llenar la sección de información de Medicare.

21) Debe llenarlo el administrador de su cuenta.

22) Debe firmar y anotar la fecha en este formulario donde se indica.

Una vez que haya llenado el formulario, conserve la última copia para sus registros.

El empleado debe llenar los puntos 1 al 13 y firmar.



P.O. Box 890172
Camp Hill, PA 17089

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

I N F O R M A C I O N	1) Nombre del empleador		Motivo de la solicitud ☐ Nueva contratación ☐ Ley N° 4		☐ Afiliación ☐ Recontratación ☐ Otro:		☐ COBRA	
	2) Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido del empleado							
	3) Dirección			4) Ciudad		5) Estado	6) Código postal	
	7) Número del Seguro Social		8) Fecha de vigencia de la cobertura Mes Día Año		9) Estado del empleado ☐ Activo ☐ Jubilado (Fecha) _____			☐ Por horas ☐ Asalariado
	10) N° de teléfono del empleado—Particular ()		11) N° de teléfono del empleado—Trabajo ()			12) Fecha de contratación del empleado Mes Día Año		

13) Marque el tipo de cobertura	MÉDICA	DENTAL	DE LA VISTA	MEDICAMENTOS	NOMBRE DEL PRODUCTO
Empleado solamente	☐	☐	☐	☐	☐
Persona asegurada y cónyuge/pareja	☐	☐	☐	☐	☐
Familiar	☐	☐	☐	☐	☐
Padre e hijo	☐	☐	☐	☐	☐
Padre e hijos	☐	☐	☐	☐	☐

14) Para uso exclusivo del administrador de la cuenta

Número de grupo	Calificador del código del informe	Valor del código del informe
-----------------	------------------------------------	------------------------------

Llene lo que corresponda	Nombre / Inicial del segundo nombre / Apellido	Número del Seguro Social	¿Tiene otro seguro?	Fecha de nacimiento			Sexo M/F	Marque si es		
				Mes	Día	Año		Estudiante de más de 19 años	Discapacitado	Ley N° 4
Afiliado			☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", llene el punto 20							
☐ Cónyuge ☐ Pareja.* 			☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", llene el punto 20							
☐ Hijo ☐ Otro* 			☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", llene el punto 20							
☐ Hijo ☐ Otro* 			☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", llene el punto 20							
☐ Hijo ☐ Otro* 			☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", llene el punto 20							

*Si corresponde "pareja" u "otro", llene con uno de los siguientes códigos: (05) nieto(a), (07) sobrino(a), (17) hijastro(a), (29) pareja.

20) Si marcó SÍ a otro seguro, llene la línea correspondiente:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nº de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Número de la póliza: _____

Relación con el titular de la póliza Highmark: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Estado laboral del titular de la póliza: ☐ Activo ☐ Jubilado (Fecha) _____

INFORMACIÓN DE MEDICARE: Indique el nombre de todos los familiares que califiquen para los beneficios de Medicare:

Nombre del afiliado	Seguro de salud	Vigencia de la Parte A	Vigencia de la Parte B	Vigencia de la Parte D	
Apellido	Nombre	Número de solicitud	Fecha (Mes-día-año)	Fecha (Mes-día-año)	Fecha (Mes-día-año)
_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

¿Por qué puede calificar para Medicare? ☐ Edad ☐ Discapacidad ☐ Enfermedad renal en etapa terminal

¿Tiene seguro suplementario de Medicare u otra cobertura que complemente a Medicare? ☐ Sí ☐ No

A mi entender, la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera y correcta. Toda persona que consciente e intencionalmente estafe a una compañía de seguros o que presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa o que oculte información, con el propósito de cometer un engaño con respecto a los hechos esenciales, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, por lo que será objeto de sanciones civiles y penales. Comprendo que este formulario afilia a las personas que califican indicadas anteriormente en el plan médico, de acuerdo a lo que se explica en el acuerdo entre el plan y mi empleador. Autorizo que se hagan las deducciones en nómina necesarias para la cobertura reconozco que debo inscribir formalmente a mis cargas en este formulario o no tendrán cobertura.

Reconozco y acepto que toda la información de salud que me identifique a mí o a mis cargas inscritas ("información de salud protegida") está protegida por la Ley sobre la responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y por otras leyes, y que, además, en conformidad con dichas leyes, Highmark puede usar y divulgar la información de salud protegida para realizar pagos, tratamiento y operaciones de atención de salud, de acuerdo a lo que se explica en su Aviso de prácticas de privacidad. Comprendo que una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Highmark está disponible en su sitio Web o en la Oficina de Privacidad de Highmark.

21)

Firma autorizada del empleador	Fecha
--------------------------------	-------

22) _____

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------