

Formularios ECoS: instrucciones

Inscripción de nuevos suscriptores, cambio de estado o selección de proveedores de atención primaria



Nonprofit corporations and independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

Para ver y actualizar la membresía de manera electrónica, utilice eMVP y eMCS en el portal de grupo o agente, la manera más rápida de actualizar los registros de membresía.

1 Seleccione los formularios adecuados

Este paquete incluye tres formularios. Consulte lo que figura a continuación para determinar el formulario que debe utilizar.

Inscripción de nuevos suscriptores (página 3):

Use este formulario para inscribir a un suscriptor en un nuevo plan:

- Durante la **inscripción abierta**
- Como **nuevo empleado**
- Cuando **vuelve a trabajar luego del cese temporal de la relación laboral o lo vuelven a emplear**
- Debido a que el suscriptor **perdió la elegibilidad** con respecto a otro plan (pérdida de cobertura). *Si perdió la cobertura de una aseguradora distinta de Blue Cross o BCN, se requiere una carta de cobertura fiable.*
- Como **jubilado**
- Cuando el **cónyuge supérstite** es elegible para inscribirse como nuevo suscriptor
- Cuando el **cónyuge o la persona a cargo se inscriban en COBRA** como nuevo suscriptor

Cambio de estado (página 5):

Utilice este formulario para efectuarle cambios a un plan actual, por ejemplo:

- **Agregar una persona a cargo**, incluso al cónyuge o hijo
- **Sacar una persona a cargo**, incluso al cónyuge o hijo
- **Mover a un suscriptor a una nueva división o subgrupo**
- **Modificar o corregir información personal**, por ejemplo, nombre, domicilio, correo electrónico o número telefónico
- **Mover a un suscriptor actual a un plan COBRA**

Selección de proveedores de atención primaria

(página 4)

Complete este formulario si:

- El suscriptor va a **inscribirse en un plan BCN HMO**.
- El suscriptor, el cónyuge o la persona a cargo va a **cambiar de PCP**. También puede realizar este trámite fácilmente en línea o mediante la aplicación de Blue Cross.

2 Anote los códigos y la documentación necesaria

Utilice los códigos que figuran a continuación para completar las secciones B y D de los formularios de inscripción de nuevos suscriptores o cambio de estado.

Sección B. Información de las personas a cargo

Use los códigos que figuran a continuación para indicar el parentesco.

- Cónyuge **SP**
- Conviviente* **DP**
- Hijo (por nacimiento o adopción)**N**
- Hijastro **S**
- Adopción de un niño en proceso** **A**
- Tutela legal** **L**
- Niño con discapacidad*** **D**
- Persona a cargo patrocinada* **SD**
- Hijo temporal **FC**
- Cobertura por orden judicial (QMCSO)** **C**

* Adjunte documentación

** Adjunte orden judicial

*** Adjunte declaración médica

Sección C. Otra cobertura de salud

Los miembros que tengan otra cobertura de salud pueden comunicarse con la aseguradora para averiguar la fecha de entrada en vigencia original.

Si alguno de los miembros está inscrito en Medicare, adjunte una copia de la tarjeta de Medicare.

Sección E. Solo para uso del empleador o grupo

Inscripción de nuevos suscriptores/COBRA: en el caso de que un cónyuge o una persona a cargo solicite ser el suscriptor de un plan COBRA, la duración siempre es de 36 meses. **Cambio de estado/COBRA:** en el caso de que un suscriptor actual se cambie a un plan COBRA, donde el evento que reúne las condiciones es el despido, la duración de COBRA es de 18 meses. En determinadas circunstancias, si un suscriptor con discapacidad y los miembros de su familia que no tienen discapacidad son beneficiarios que reúnen las condiciones, son elegibles para acceder a una prórroga de la cobertura COBRA de hasta 11 meses, hasta un total de 29 meses.

3 Complete los formularios y envíelos a Membership and Billing (Membresía y Facturación)

Asegúrese de que:

- **El representante del empleador** haya firmado el formulario de inscripción de nuevos suscriptores o cambio de estado.
- **El suscriptor** haya leído las condiciones del contrato de la página 2 y haya firmado donde corresponde en cada uno de los formularios.
- **Esté adjunta toda la documentación necesaria.**

Para Blue Cross Blue Shield of Michigan

Dirección de correo:

Blue Cross Blue Shield of Michigan
Membership and Billing – M.C. J 202
P.O. Box 312260
Detroit, MI 48231

Fax: 1-866-900-2619

Correo electrónico:

GroupCustomerMembership@bcbsm.com

Para Blue Care Network

Dirección de correo:

Blue Care Network
Membership and Billing – M.C. J 207
P.O. Box 44257
Detroit, MI 48244-0257

Fax: 1-877-218-1466

Correo electrónico:

BCNGroupMembership@bcbsm.com

Acuerdo de suscripción

Lea la información a continuación antes de completar los formularios adjuntos. La información incluida en estos formularios y las condiciones que figuran a continuación forman parte de su contrato con Blue Cross Blue Shield of Michigan o Blue Care Network of Michigan.

Solicito cobertura de salud de Blue Cross Blue Shield of Michigan o Blue Care Network, o modifíco la cobertura actual para mí o los miembros inscritos de mi familia. La cobertura comienza en la fecha que Blue Cross o BCN determinen. Cuando Blue Cross o BCN acepte mi solicitud o modificaciones, los miembros inscritos de mi familia y yo estaremos obligados por los términos de los certificados, las cláusulas particulares adicionales y otros documentos de cobertura de Blue Cross o BCN, sus políticas y estos formularios. Comprendo que enviar información falsa o errónea u omitir información importante en estos formularios puede dar lugar al rechazo de las modificaciones o en la cancelación retroactiva de mi cobertura.

Prueba de elegibilidad: acepto brindar prueba de la elegibilidad de los miembros inscritos de mi familia para recibir cobertura cuando Blue Cross o BCN lo solicite.

Autorización: autorizo a mi empleador o asociación para que maneje toda cuestión relativa a la cobertura. Mi empleador puede remitir las deducciones acordadas de mi salario en concepto de cobertura. Soy responsable de notificar a mi empleador o asociación los cambios en mi estado o en el de mi familia que pudieran afectar la cobertura, como matrimonio, divorcio, nacimiento, beneficios de Medicare o fallecimiento de alguna de las personas inscritas en el plan. Autorizo a Blue Cross, BCN o a mi proveedor de atención primaria a obtener mis registros médicos y los de los miembros inscritos de mi familia, necesarios para coordinar nuestra atención médica, administrar mi cobertura con Blue Cross o BCN y por cualquier otro motivo necesario a fin de que Blue Cross o BCN cumplan con sus obligaciones contractuales y legales.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA): si pierdo la elegibilidad para la cobertura, es posible que tenga derechos de inscripción especiales en virtud de la HIPAA. Blue Cross o BCN se reservan el derecho de pedir verificación por escrito a mi grupo o aseguradora previos de la fecha del evento y el motivo de la pérdida de elegibilidad. Los derechos de inscripción especiales de la HIPAA no evitan el período de espera de nuevos empleados, que debe cumplirse primero. El cese de relaciones laborales puede calificar para los derechos de inscripción especiales, pero no las terminaciones voluntarias de otra cobertura de salud.

Divulgación de información sobre atención médica: entiendo que Blue Cross o BCN me pidan que brinde mi número del seguro social. Al solicitar cobertura, los miembros inscritos de mi familia y yo autorizamos a los proveedores de atención

médica y otros a que divulguen “información médica protegida” (según se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) a Blue Cross o BCN para que administren nuestra cobertura. Siempre que lo solicite, Blue Cross o BCN me indicará dónde se envió la información. Si me inscribí en una cuenta de gastos flexibles o acuerdo de reembolso de gastos médicos a través de mi empleador, autorizo a Blue Cross o BCN a que brinden al administrador de la cuenta información sobre reclamos relativa a mí y a los miembros inscritos de mi familia para facilitar el reembolso.

Información del representante del grupo: el grupo confirma que la solicitud de cambio de estado cumple con la ley federal y estadual correspondiente y está autorizada por ella, y por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Solo para Blue Care Network

Los miembros inscritos de mi familia y yo aceptamos que el proveedor de atención primaria de BCN designado realice, recete, dirija o autorice todos nuestros servicios médicos, excepto en caso de una emergencia médica inmediata e imprevista, cuando el tiempo necesario para contactar al proveedor de atención primaria pueda significar un daño permanente a nuestra salud. Como se describió anteriormente, no se cubrirán los servicios no autorizados que no sean de emergencia y que sean brindados por proveedores que no pertenezcan a BCN.

Acepto ceder a BCN el derecho a recuperar el costo de servicios hospitalarios, médicos y de recetas prestados o pagados por BCN correspondientes a cualquier persona u organización, como resultado de un accidente o una enfermedad, incluidas lesiones o enfermedades reclamadas en virtud de las leyes de indemnización por accidente de trabajo, ya sea como consecuencia de un reembolso, un pago voluntario u otro motivo.

Autorizo a todo poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí o los miembros inscritos de mi familia a divulgar la información necesaria para determinar la cobertura de beneficios a los centros de servicios de Medicare y Medicaid, las compañías de seguros o HMO y a sus agentes. Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare, Medicaid, la compañía de seguros o HMO se realice a BCN en mi nombre por todo servicio que BCN haya prestado a los miembros inscritos de mi familia o a mí.

Inscripción de nuevos suscriptores

En el caso de BCN, también complete la página 4, el Formulario de selección de proveedores de atención primaria.

Blue Cross Blue Shield of Michigan	
N.º de grupo de Blue Cross	División

Blue Care Network		
N.º de grupo de BCN	N.º de subgrupo	N.º de clase



Nonprofit corporations and independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

Firma del representante del empleador **FIRMAR**

A. Información del suscriptor

Ciudadano no estadounidense	N.º del seguro social/TIN (requerido)	Apellido legal del suscriptor	Nombre legal del suscriptor	Inicial del segundo nombre	Estado civil S C	Género/Sexo F M
Fecha de nacimiento del suscriptor	Domicilio de su hogar	Ciudad		Estado	Código postal	
Condado	País (si es diferente de los EE. UU.)	N.º de teléfono principal	Casa Trabajo Celular	N.º de teléfono secundario	Casa Trabajo Celular	Correo electrónico

B. Información de las personas a cargo: enumere todos los miembros de su familia que recibirán cobertura. Si tiene más de cuatro personas a cargo, complete copias adicionales de este formulario.

	Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Género/Sexo	Fecha de nacimiento	Ciudadano no estadounidense	N.º del seguro social/TIN (requerido)	Parentesco (consulte las instrucciones para los códigos)
Cónyuge				F M				
Per. 1				F M				
Per. 2				F M				
Per. 3				F M				
Per. 4				F M				

Si el domicilio permanente del cónyuge o de la persona a cargo es distinto del domicilio del suscriptor declarado arriba, complete la información que se indica a continuación:

Cónyuge o persona a cargo (nombre completo)	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
---	-----------	--------	--------	---------------

C. Otra cobertura de salud (Coordinación de beneficios e información de Medicare)

¿Usted, su cónyuge o personas a cargo tienen otra cobertura de salud? Sí No Si es afirmativo, complete esta sección.	Persona cubierta (nombre completo)	Marque aquí si esto corresponde a todos los miembros del contacto		
	Nombre del empleador o del grupo	N.º de póliza	Aseguradora	Fecha de entrada en vigencia original
¿Algunos de los miembros que figuran en la lista están inscritos en Medicare? Sí No	Si es afirmativo, marque la categoría: Mayor de 65 y en actividad Jubilado Incapacitado Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)		Id. de Medicare _____	
Medicare es la cobertura primaria Blue Cross o BCN es la cobertura primaria	Suscriptor Cónyuge Persona a cargo: _____	Fecha de entrada en vigencia de Medicare A	Fecha de entrada en vigencia de Medicare B	Fecha de entrada en vigencia de Medicare D

He leído y aceptado las condiciones de este formulario.	Firma del suscriptor FIRMAR	Fecha
---	------------------------------------	-------

D. Opciones de cuentas de ahorro para gastos médicos, cuentas de reembolso de gastos médicos y cuentas de gastos flexibles (solo para la cobertura de Blue Cross). Consulte las instrucciones de la página 1 para ver los códigos de los productos.

Seleccione la opción de la cuenta: HRA HSA FSA Monto deseado de FSA _____ Exclusión voluntaria	Código de indicador del producto de Blue Cross:
--	---

E. Solo para uso del empleador o grupo

Nombre del grupo	Id. de referencia del empleador	Id. de departamento	Código del beneficio	Código del plan	Fecha de contratación	Fecha de entrada en vigencia
Marque la cobertura si corresponde: Atención médica Oftalmológica Odontológica Farmacia	Marque el tipo de inscripción: Inscripción abierta Nuevo empleado Recontratación Vuelta al trabajo luego del cese temporal de la relación laboral Cónyuge superviviente Jubilado					Salario Por hora
	Pérdida de elegibilidad (cobertura anterior) Nombre de la aseguradora (incluida Blue Cross y BCN) _____ Número de póliza _____ Titular del contrato _____ Fecha de finalización _____					Tiempo completo Medio tiempo
	COBRA (36 meses) Despido Reducción de horas Divorcio o separación legal Marque el motivo: Cese temporal de la relación laboral Suscriptor fallecido Pérdida del estado de persona a cargo			N.º del contrato anterior		Fecha inicial de calificación

Selección de proveedores de atención primaria

Utilice este formulario para elegir o cambiar los proveedores de atención primaria para su plan BCN HMO.



Nonprofit corporations and independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

Elija un proveedor de atención primaria en la inscripción

Si va a inscribirse en Blue Care Network, debe seleccionar un proveedor de atención primaria para usted y para cada persona que figura en su contrato. Si tiene más de cuatro personas a su cargo, utilice copias adicionales de este formulario.

- Puede elegir un único PCP para toda su familia o distintos PCP para diferentes miembros de su familia.
- Solo los proveedores de medicina familiar o general pueden actuar como PCP de toda la familia.
- No puede elegir a un especialista como su PCP.
- En caso de ser ciudadanos estadounidenses, los suscriptores deben proporcionar su número del seguro social; de lo contrario, el número de identificación tributaria (TIN).

Cambie su proveedor de atención primaria

Además, puede cambiar su proveedor de atención primaria iniciando sesión en la cuenta de **bcbsm.com** o usando la aplicación móvil de bcbsm.com.

- Si utiliza este formulario, todos los cambios entrarán en vigencia dos días hábiles después de haberlo recibido, a menos que solicite una fecha de entrada en vigencia posterior. No puede seleccionar una fecha anterior.
- Si cambia su proveedor de atención primaria mientras lo atiende un especialista, su nuevo proveedor de atención primaria debe volver a autorizar el tratamiento que recibe. Su tratamiento puede no estar cubierto hasta que esto ocurra. Puede solicitar que el cambio de su proveedor de atención primaria entre en vigencia inmediatamente llamando al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra detrás de su tarjeta de identificación de BCN.

Ciudadano no estadounidense	N.º del seguro social/TIN del suscriptor (requerido)	N.º de grupo de BCN	Subgrupo de BCN	N.º de clase de BCN
-----------------------------	--	---------------------	-----------------	---------------------

Información del miembro						
	Apellido y nombre del miembro	Apellido y nombre del proveedor	Número de identificación de proveedor nacional (NPI) del proveedor <i>Puede encontrarse en Buscar un médico o centro</i>	Domicilio del proveedor	Si cambia de PCP, especifique el motivo	¿Visto en los últimos 12 meses?
Suscriptor						Si No
Cónyuge						Si No
Per. 1						Si No
Per. 2						Si No
Per. 3						Si No
Per. 4						Si No

Nombre del grupo o empleador	Fecha de entrada en vigencia del cambio:
He leído y aceptado las condiciones de este formulario.	Firma del suscriptor FIRMAR
	Fecha de la firma

¿Necesita información sobre los proveedores de atención primaria disponibles?

En nuestro sitio web, **Buscar un médico o centro**, encontrará la información más actualizada sobre los proveedores de atención primaria afiliados a Blue Cross y BCN, incluido el número de NPI requerido que figura más arriba. Puede buscar un médico según medicina familiar, medicina general, medicina interna, pediatría, medicina preventiva, grupo de ciudades u hospitales.

Para Blue Care Network:

Envíe el formulario completo por correo a:
Blue Care Network
Membership and Billing – M.C. J 207
P.O. Box 44257
Detroit, MI 48244-0257

Envíe un fax al **1-877-218-1466**

Cambio de estado

Utilice este formulario para modificar información personal, agregar o eliminar un miembro, mover la división o a un suscriptor actual a COBRA.

Blue Cross Blue Shield of Michigan	
N.º de grupo de Blue Cross	División

Firma del representante del empleador **FIRMAR**

Blue Care Network		
N.º de grupo de BCN	N.º de subgrupo	N.º de clase

Fecha



Nonprofit corporations and independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

A. Información del suscriptor — Complete los campos marcados con un asterisco solo si se modificó la información

Ciudadano no estadounidense	N.º del seguro social/TIN (requerido)	Apellido legal del suscriptor	Nombre legal del suscriptor	Inicial del segundo nombre*	Estado civil* S C	Género/Sexo* F M
Fecha de nacimiento del suscriptor	Nuevo domicilio*	Ciudad*		Estado*	Código postal*	
Condado*	Pais* (si es diferente de los EE. UU.)	N.º de teléfono principal*	Casa Trabajo Celular	N.º de teléfono secundario*	Casa Trabajo Celular	Correo electrónico*

B. Información de las personas a cargo: enumere todos los miembros de su familia que recibirán cobertura. Si tiene más de cuatro personas a cargo, complete copias adicionales de este formulario.

	Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Género/Sexo	Fecha de nacimiento	Ciudadano no estadounidense	N.º del seguro social/TIN (requerido)	Parentesco (consulte las instrucciones para los códigos)
Cónyuge Agregar Eliminar				F M				
Per. 1 Agregar Eliminar				F M				
Per. 2 Agregar Eliminar				F M				
Per. 3 Agregar Eliminar				F M				
Per. 4 Agregar Eliminar				F M				

Si el domicilio permanente del cónyuge o de la persona a cargo es distinto del domicilio del suscriptor declarado arriba, indíquelo aquí:

Cónyuge o persona a cargo (nombre completo)	Domicilio de su hogar	Ciudad	Estado	Código postal
---	-----------------------	--------	--------	---------------

C. Otra cobertura de salud (Coordinación de beneficios e información de Medicare)

¿Usted, su cónyuge o personas a cargo tienen otra cobertura de salud? Sí No Si es afirmativo, complete esta sección.	Persona cubierta (nombre completo)	Marque aquí si esto corresponde a todos los miembros del contacto			
	Nombre del empleador o del grupo	N.º de póliza	Aseguradora	Fecha de entrada en vigencia original	
¿Algunos de los miembros que figuran en la lista están inscritos en Medicare? Sí No	Si es afirmativo, marque la categoría: Mayor de 65 y en actividad Jubilado Incapacitado Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)			Id. de Medicare	
Medicare es la cobertura primaria Blue Cross o BCN es la cobertura primaria	Suscriptor Cónyuge Persona a cargo:	Fecha de entrada en vigencia de Medicare A	Fecha de entrada en vigencia de Medicare B	Fecha de entrada en vigencia de Medicare D	

He leído y aceptado las condiciones de este formulario. Firma del suscriptor **FIRMAR** Fecha

D. Opciones de cuentas de ahorro para gastos médicos, cuentas de reembolso de gastos médicos y cuentas de gastos flexibles (solo para la cobertura de Blue Cross). Consulte las instrucciones para ver los códigos de selección de los productos

HRA HSA FSA Monto deseado de FSA	Exclusión voluntaria	Código de indicador del producto de Blue Cross:	Agregar/cambiar Cancelar
----------------------------------	----------------------	---	--------------------------

E. Solo para uso del empleador o grupo

Nombre del grupo	Id. de referencia del empleador	Id. de departamento	Código del beneficio	Código del plan
Tipo de cambio: Nombre Domicilio Agregar miembro Cambio de beneficio Evento de calificación: _____ Movimiento: nueva división/subgrupo _____ Inscripción en COBRA del suscriptor: 18 29 meses		Fecha del evento/ Fecha de contratación	Cancelación: marque el tipo Contrato Cónyuge Persona a cargo Marque el motivo: Dejó el empleo Jubilado Fallecimiento Divorcio Otro seguro Persona a cargo excedida de edad Otro	
Pérdida de elegibilidad (cobertura anterior): Sí No En caso afirmativo, complete debajo Nombre de la aseguradora (incluida Blue Cross y BCN) _____ N.º de póliza _____ Titular del contrato _____ Fecha de finalización _____		Fecha de entrada en vigencia	Última fecha de cobertura _____	

