

Formularios ECoS: instrucciones

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



Compañías sin fines de lucro y licenciatarios independientes de la asociación Blue Cross and Blue Shield

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 a Blue Cross o BCN, se requiere una carta de cobertura fiable.*
- Como jubilado
- Cuando el **cónyuge superviviente** 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 a una persona a cargo**, incluso al cónyuge o hijo
- **Mover a un suscriptor a una nueva división o subgrupo**
- **Modificar o corregir información personal**, como por ejemplo, nombre, domicilio, correo electrónico o número telefónico
- **Mover a un suscriptor actual a un plan COBRA**

Selección de prestadores de atención primaria

(página 4)

Complete este formulario si:

- El suscriptor va a inscribirse en un plan BCN HMO o en el plan Physicians Choice PPO.
- El suscriptor, el cónyuge o la persona a cargo **cambian 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 discapacitado*** **D**
 - Persona a cargo patrocinada* **SD**
 - Hijo temporal **FC**
 - Cobertura por orden judicial (QMCSO)** **C**
- *Adjunte documentación
**Adjunte orden judicial
***Adjunte declaración del prestador

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 soliciten 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 la finalización, la duración de COBRA es de 18 meses. En determinadas circunstancias, si un suscriptor discapacitado y los miembros de su familia que no son discapacitados 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.

Sección D. Opciones de cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA), cuentas de reembolso de gastos médicos (HRA) y cuentas de gastos flexibles (FSA).

No la complete para el caso de los miembros de Blue Care Network. Si el plan ofrece cuentas de HSA, HRA o FSA y se va a inscribir en una, utilice los códigos que figuran a continuación para indicar el tipo de cuenta que seleccionó.

HSA solo **1000**

- HSA con FSA de uso limitado **1070**
- HSA con FSA de atención para personas a cargo **1004**
- HSA con FSA de uso limitado y FSA de atención para personas a cargo **1074**
- HSA con HRA de uso limitado **1600**
- HSA Opt Out (Desvinculación) - Plan con un deducible alto sin HSA **0000**

HRA solo **0100**

- HRA con FSA de uso limitado **0170**
- HRA con FSA de atención para personas a cargo **0104**
- HRA con FSA de uso limitado y FSA de atención para personas a cargo **0174**
- HRA con FSA de gastos médicos **0110**
- HRA con FSA de gastos médicos y FSA de atención para personas a cargo **0114**

FSA de gastos médicos **0010**

- FSA de atención para personas a cargo **0004**
- FSA de gastos médicos y atención para personas a cargo **0014**
- PPO sin FSA de gastos médicos **0000**

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

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

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 modifico la cobertura actual para mí o los miembros inscritos de mi familia. La cobertura comienza en la fecha que Blue Cross o BCN determine. Cuando Blue Cross o BCN acepten 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 resultar en el 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 este plan. Autorizo a Blue Cross, BCN o a mi prestador 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 reserva el derecho de pedir verificación por escrito a mi grupo o aseguradora previo 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 reunir las condiciones para acceder a los derechos de inscripción especiales, pero no la cancelación voluntaria 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

prestadores 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 perteneciente 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 prestador 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 prestador 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 prestadores 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 de 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 o Physician Choice PPO, también complete la página 4, el formulario de selección de prestadores de atención primaria.

<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield of Michigan	
Número de grupo de Blue Cross	División

<input type="checkbox"/> Blue Care Network		
Número de grupo de BCN	Número de subgrupo	Número de clase



Firma del representante del empleador **FIRMA**

A. Información del suscriptor										
<input type="checkbox"/> Ciudadano no estadounidense	Número del seguro social/TIN (requerido)		Apellido del suscriptor			Nombre del suscriptor		Inicial del segundo nombre	Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C	Género/sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento del suscriptor		Domicilio de su hogar			Ciudad		Estado		Código postal	
Condado		País (si es diferente de los EE. UU.)		Número de teléfono principal		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Número de teléfono secundario		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> 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	Nombre	Inicial del segundo nombre	Género/sexo	Fecha de nacimiento	Ciudadano no estadounidense	Número del seguro social/TIN (requerido)	Parentesco (consulte las instrucciones para los códigos)		
Cónyuge				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>				
Per. 1				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>				
Per. 2				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>				
Per. 3				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>				
Per. 4				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>				

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, complete esta sección.		Persona cubierta (nombre completo)			<input type="checkbox"/> Marque esta opción si esto corresponde a todos los miembros del contrato.				
		Nombre del empleador o del grupo		Número de póliza	Aseguradora		Fecha de entrada en vigencia original		
¿Alguno de los miembros que figuran en la lista está inscrito en Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es afirmativo, marque la categoría: <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años y en actividad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado			Identificación de Medicare _____			
<input type="checkbox"/> Medicare es la cobertura primaria <input type="checkbox"/> Blue Cross o BCN es la cobertura primaria		<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> 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 FIRMA	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: <input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> FSA monto deseado de FSA _____ <input type="checkbox"/> Opt out						Código de indicador del producto de Blue Cross:			

E. Solo para uso del empleador o grupo										
Nombre del grupo		Identificación de referencia del empleador		Identificación de departamento		Código del beneficio		Código del plan	Fecha de contratación	Fecha de entrada en vigencia
Marque la cobertura si corresponde: <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Oftalmológica <input type="checkbox"/> Odontológica <input type="checkbox"/> Farmacia	Marque el tipo de inscripción: <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Nuevo empleado <input type="checkbox"/> Vuelto a emplear <input type="checkbox"/> Vuelta al trabajo luego del cese temporal de la relación laboral <input type="checkbox"/> Cónyuge supérstite <input type="checkbox"/> Jubilado									
	<input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad (cobertura anterior)	Nombre de la aseguradora (incluida Blue Cross y BCN) _____				Número de póliza _____		<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
	<input type="checkbox"/> COBRA (36 meses) Marque el motivo:	<input type="checkbox"/> Finalización	<input type="checkbox"/> Reducción de horas	<input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal	Número del contrato anterior		Fecha inicial de calificación			
	<input type="checkbox"/> Cese temporal de la relación laboral	<input type="checkbox"/> Suscriptor fallecido	<input type="checkbox"/> Pérdida del estado de persona a cargo							

Selección de prestadores de atención primaria

Utilice este formulario para elegir o cambiar los prestadores de atención primaria para su plan BCBSM Physician Choice PPO o BCN HMO.



Compañías sin fines de lucro y licenciatarios independientes de la asociación Blue Cross and Blue Shield

Elija un prestador de atención primaria en la inscripción

Si va a inscribirse en Physician Choice PPO o Blue Care Network de Blue Cross Blue Shield of Michigan, debe seleccionar un prestador 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 prestadores 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 prestador de atención primaria

Además, puede cambiar su prestador de atención primaria al iniciar sesión en la cuenta de bcbsm.com o al usar 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 prestador de atención primaria mientras lo atiende un especialista, su nuevo prestador 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 prestador de atención primaria entre en vigencia inmediatamente al llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra detrás de su tarjeta de identificación de Blue Cross o BCN.

<input type="checkbox"/> Ciudadano no estadounidense	Número del seguro social/TIN del suscriptor (requerido)	Número de grupo de Blue Cross/BCN	Número de división de Blue Cross o de subgrupo de BCN	Número de clase de BCN
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------	------------------------

Información del miembro						
	Apellido y nombre del miembro	Apellido y nombre del prestador	Número de identificación de prestador nacional (NPI) del prestador <i>Puede encontrarse en bcbsm.com/find-a-doc</i>	Domicilio del prestador	Si cambia de PCP, especifique el motivo	¿Visto en los últimos 12 meses?
Suscriptor						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Per. 1						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Per. 2						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Per. 3						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Per. 4						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del grupo o empleador					Fecha de entrada en vigencia de cambio:	
He leído y aceptado las condiciones de este formulario.			Firma del suscriptor		Fecha de la firma	

¿Necesita información sobre los prestadores de atención primaria disponibles?

En nuestro sitio web, bcbsm.com/find-a-doctor, encontrará la información más actualizada sobre los prestadores 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 Cross Blue Shield of Michigan:

Envíe el formulario completo por correo a:

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



Envíe un fax al **1-866-900-2619**

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.

<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield of Michigan	
Número de grupo de Blue Cross	División

<input type="checkbox"/> Blue Care Network		
Número de grupo de BCN	Número de subgrupo	Número de clase



Firma del representante del empleador **FIRMA**

Fecha

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

<input type="checkbox"/> Ciudadano no estadounidense	Número del seguro social/TIN (requerido)	Apellido del suscriptor	Nombre del suscriptor	Inicial del segundo nombre*	Estado civil* <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C	Género/sexo* <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento del suscriptor	Nuevo domicilio*	Ciudad*		Estado*	Código postal*	
Condado*	País* (si es diferente de los EE. UU.)	Número de teléfono principal* <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Número de teléfono secundario* <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> 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	Nombre	Inicial del segundo nombre	Género/sexo	Fecha de nacimiento	Ciudadano no estadounidense	Número del seguro social/TIN (requerido)	Parentesco (consulte las instrucciones para los códigos)
Cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>		
Per. 1 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>		
Per. 2 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>		
Per. 3 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>		
Per. 4 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Eliminar				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/>		
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Persona cubierta (nombre completo)	<input type="checkbox"/> Marque esta opción si esto corresponde a todos los miembros del contrato.		
Si es afirmativo, complete esta sección.	Nombre del empleador o del grupo	Número de póliza	Aseguradora	Fecha de entrada en vigencia original
¿Alguno de los miembros que figuran en la lista está inscrito en Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo, marque la categoría: <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años y en actividad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)			Identificación de Medicare _____
<input type="checkbox"/> Medicare es la cobertura primaria <input type="checkbox"/> Blue Cross o BCN es la cobertura primaria	<input type="checkbox"/> Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> 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 **FIRMA** 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.

<input type="checkbox"/> HRA <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> FSA monto deseado de FSA _____ <input type="checkbox"/> Opt out	Código de indicador del producto de Blue Cross:	<input type="checkbox"/> Agregar/cambiar <input type="checkbox"/> Cancelar
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

E. Solo para uso del empleador o grupo

Nombre del grupo	Identificación de referencia del empleador	Identificación de departamento	Código del beneficio	Código del plan
Tipo de cambio: <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Agregar miembro <input type="checkbox"/> Cambio de beneficio <input type="checkbox"/> Movimiento: nueva división/subgrupo _____ <input type="checkbox"/> Inscripción en COBRA del suscriptor: <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 29 meses		Fecha del evento	Cancelación: marque el tipo <input type="checkbox"/> Contractual <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Persona a cargo Marque el motivo: <input type="checkbox"/> Dejó el empleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Mayoría de edad de la persona a cargo <input type="checkbox"/> Otro	
Pérdida de elegibilidad (cobertura anterior): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete debajo. Aseguradora (incluida Blue Cross y BCN) _____ Número de póliza _____ Titular del contrato _____ Fecha de finalización _____		Fecha de entrada en vigencia	Última fecha de cobertura _____	

