



Solicitud de cobertura para particulares: Lista de verificación

Deseamos ayudarlo a obtener la cobertura médica que necesita. Verifique que la información en su solicitud esté completa y sea correcta. Evite demoras en el procesamiento de solicitudes incompletas. Use la lista a continuación.

Página	Revise los siguientes puntos.	Sí
3	<p>Si está solicitando durante el Período anual de inscripción, escriba su número de Seguro Social en la parte superior de la página y pase a la sección siguiente. Si está solicitando durante un Período especial de inscripción, ¿proporcionó la siguiente información?</p> <ul style="list-style-type: none"> comprobante que acredite el suceso elegible (consulte la lista de sucesos en la solicitud); fecha del suceso elegible. 	<input type="checkbox"/>
4 a 8	<p>Indique si ya realizó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> proporcionar el domicilio de la persona interesada; en caso de añadir cónyuge o derechohabientes a una póliza vigente, proporcionar los datos de todas las personas que desea añadir (incluso los datos de las que ya están en su póliza); proporcionar el sexo y la fecha de nacimiento de cada persona incluida en la póliza; responder todas las preguntas sobre consumo de tabaco; indicar parentesco de cada persona que aparece en la solicitud (cónyuge, compañero/a, hijo/a, etc.); proporcionar los datos del médico de atención primaria para cada persona; proporcionar números de Seguro Social del solicitante principal y del resto de los solicitantes. 	<input type="checkbox"/>
9	¿Eligió solamente una cobertura médica?	<input type="checkbox"/>
10	En caso de no haber elegido cobertura dental, ¿firmó la renuncia?	<input type="checkbox"/>
11	<p>¿Efectuó el primer pago?</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcione información necesaria para realizar transferencias electrónicas de fondos (EFT, en inglés, o pagos automatizados Auto Bill Pay).* O Adjunte un cheque personal, de caja o giro postal. <p>No enviamos tarjetas de asegurado, certificados de cobertura ni facturas si el pago correspondiente al primer mes de cobertura no ha sido efectuado.</p>	<input type="checkbox"/>
11	¿Seleccionó un método de facturación?	<input type="checkbox"/>
15	¿Firmó y escribió la fecha en la solicitud?	<input type="checkbox"/>
15	Si se trata de una póliza exclusivamente para menores de edad, ¿firmó la solicitud un tutor o representante de cualquier menor de 18 años?	<input type="checkbox"/>
todas	<p>¿Está presentando todas las hojas de la solicitud?</p> <p>Necesitamos todas las hojas para procesar su solicitud, incluidas las hojas que no tuvo que llenar.</p>	<input type="checkbox"/>

SOLICITUD POR CORREO	Blue Cross and Blue Shield of New Mexico Attn: Individual Enrollment, P.O. Box 660819, Dallas, TX 75266-0819
-----------------------------	---

SOLICITUD POR FAX	800-279-7419
--------------------------	--------------

* Es requisito proporcionar una dirección de correo electrónico para efectuar pagos mediante transferencias electrónicas de fondos (EFT, en inglés, o pagos automatizados Auto Bill Pay). La prima correspondiente al primer mes de cobertura se cobrará al momento de procesarse la solicitud. A partir de ahí, las transferencias electrónicas de fondos se efectuarán el último día de cada mes. Si la fecha de vencimiento cae en día no hábil o en día feriado, el pago mensual por concepto de prima será transferido de su cuenta bancaria al siguiente día hábil.

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
voz) 300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયકમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodííłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nêu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.