



Blue Cross Dental SelectHMOSM

El presente documento constituye únicamente una descripción general de la cobertura. En el folleto de Prueba de Cobertura encontrará una descripción completa de la cobertura, los beneficios y las limitaciones. Revise las exclusiones y limitaciones detalladas en el folleto de Prueba de Cobertura antes de solicitar la cobertura. Para obtener un ejemplar, comuníquese con su agente o llame a Blue Cross of California al 800-333-0912.

Blue Cross of California
2000 Corporate Center Drive
Newbury Park, CA 91320



Por qué necesita cobertura dental

El primer informe del Cirujano General sobre salud oral confirma que la buena salud oral y su bienestar general son inseparables, por lo que se denomina a la boca “un espejo de la salud y bienestar generales”.

Por qué necesita cobertura dental

Debido a que la salud oral es de vital importancia para su calidad de vida, la cobertura dental debe ser una parte esencial de su salud y bienestar en cualquier edad. Lo ayuda a:

- Mantener una buena salud oral durante toda su vida
- Disfrutar de la autoestima que es el resultado de verse lo mejor
- Prevenir enfermedades orales e irregularidades
- Recibir atención de calidad

Recuerde: Los exámenes y limpiezas regulares pueden ayudar a detectar señales tempranas de problemas de salud oral, reduciendo el riesgo de daño permanente a sus dientes y encías y la prevención de costosos tratamientos más adelante. Asimismo, su dentista puede ser el primero que detecte señales de un problema de salud, ayudándolo para que éste no se torne más grave.

La cobertura Dental HMO de Blue Cross le brinda la cobertura integral y de calidad que usted desea de una compañía líder en la industria. Bríndese a sí mismo los beneficios de una buena cobertura dental ... porque su sonrisa es el reflejo de su persona.

Elija The Power of BlueSM

El plan dental de Blue Cross ofrece :

- **Más opciones** – tres planes HMO y una red grande de dentistas para elegir
- **Beneficios amplios** – una variedad extensa de servicios de prevención, básicos y de atención mayor
- **Servicios especializados** – ortodoncia y cosmética
- **Tarifas mensuales económicas** – elección de opciones de pago con tarifas de \$5 en el consultorio para exámenes, limpiezas y radiografías

Acceso a Descuentos y Recursos

Aproveche las variadas características del plan sin deducibles, sin máximos anuales y sin límites de edad. Además descuentos de 10 a 50% en productos y servicios relacionados con la salud a través del HealthyExtensionsSM Program de Blue Cross.

Usted tiene opciones

Elija cualquier Dental SelectHMO de Blue Cross por sí solo o en combinación con su cobertura médica de BlueCross. Nuestra cobertura dental es tan económico, que deseará que toda la familia siga sonriendo.



Blue Cross Dental SelectHMO Plans

Blue Cross Dental SelectHMO Plans

Blue Cross le invita a exhibir su mejor sonrisa con uno de nuestros tres planes económicos: Dental Saver SelectHMO, Dental SelectHMO o Dental Premier SelectHMO.

Beneficios cubiertos y aspectos relevantes del plan

Estos copagos se aplican solo a los servicios brindados por un dentista participante.

Cómo encontrar un plan...

Por favor use este cuadro de comparación de lado a lado para ayudarlo a encontrar el plan que más le convenga. Los detalles adicionales del plan se incluyen en las siguientes páginas.

Los Servicios especializados proporcionados por un dentista participante especializado están incluidos en un programa separado en su contrato.

Servicio dental	Copagos de Dental Saver SelectHMO	Dental Copagos de SelectHMO	Copagos de Dental Premier SelectHMO
Visitas al consultorio	\$5	\$5	\$5
Atención de diagnóstico			
Exámenes orales	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Radiografías	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de prevención			
Profilaxis – adultos y niños	Sin cargo*	Sin cargo*	Sin cargo*
Fluoruro tópico – niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de restauración			
Empaste – Permanente			
Amalgama de 1 superficie	\$54	Sin cargo**	Sin cargo**
Empaste – Permanente			
Amalgama de 2 superficie	\$64	Sin cargo**	Sin cargo**
Empaste – Permanente			
Amalgama de 3 superficie	\$75	Sin cargo**	Sin cargo**
Empaste – Permanente			
4 o más superficies de amalgama	\$89	Sin cargo**	Sin cargo**
Atención periodontal			
Raspado/Limadura de raíz por cuadrante	\$101	\$101	Sin cargo**
Atención de ortodoncia			
Ortodoncia – Niños	\$2,870	\$2,870	\$2,870
Adultos	\$3,045	\$3,045	\$3,045
Retención	\$210	\$210	\$210
Atención prostodóntica			
Dentadura (reparación de diente fracturado)	\$57	\$57	\$57
Otros servicios			
Visitas al consultorio fuera de hora de atención	\$56	\$56	\$56
Anestesia local	\$14	\$14	\$14

* Los dos primeros tratamientos en 12 meses consecutivos. Todos los tratamientos adicionales dentro de un periodo de 12-meses requieren copagos de \$44 para los adultos y \$35 para los niños.

** Debe cumplir con un periodo de espera de seis meses antes de que estos beneficios sean pagaderos.

Cómo funciona nuestro plan

Nuestros Dental SelectHMO Plans le ofrecen cobertura variable para satisfacer sus necesidades y presupuesto. Para estar cubierto, los servicios deben ser proporcionados por un dentista participante de Dental SelectHMO de Blue Cross. Los beneficios están disponibles inmediatamente para la mayoría de los servicios, y no tendrá que cumplir con ningún deducible.

Más beneficios y aspectos relevantes de los copagos

Cada vez que visita un dentista participante, usted pagará una tarifa baja por consulta de \$5 y posiblemente un copago con descuento para algunos procedimientos. Una vez que pague \$5 en concepto de consulta, se cubre la mayoría de los servicios de prevención y de diagnóstico (tales como limpiezas, exámenes y radiografías).

Estos copagos se aplican solo a los servicios brindados por un dentista participante. Los servicios especializados brindados por un dentista participante especializado se incluyen en un programa separado de su contrato.

Servicio dental	Copagos de Dental Saver SelectHMO	Dental Copagos de SelectHMO	Copagos de Dental Premier SelectHMO
Atención cosmética			
Empaste de resina – permanente, una superficie, posterior	\$75	\$75	\$75
Veneer labial (laminado)–en el consultorio	\$187	\$187	\$187
Atención endodóntica			
Canal dental – Anterior	\$289	\$289	\$289
– Bicuspídeo	\$341	\$341	\$341
– Molar	\$459	\$459	\$459
Pulpotomía	\$62	\$62	\$62
Atención periodontal			
Gingivectomía – por diente	\$72	\$72	\$72
– por cuadrante	\$194	\$194	\$194
Cirugía ósea – por cuadrante	\$520	\$520	\$520
Cirugía oral			
Extracción – de diente erupcionado o raíz expuesta	\$60	\$60	Sin cargo*
Impactación – tejido blando	\$136	\$136	\$136
– hueso parcial	\$176	\$176	\$176
– hueso completo	\$200	\$200	\$200
Atención prostodóntica			
Coronas	\$432	\$432	\$432
Dentadura completa o parcial	\$577	\$577	\$577
Dentadura parcial	\$430	\$430	\$430

NOTA: Los registros, retención y ciertos tratamientos de intercepción correctivos, que son todos necesarios en atención ortodóntica, están excluidos de cobertura en muchos otros planes, pero Blue Cross Dental SelectHMO ofrece estos servicios a tarifas reducidas.

* Debe cumplir con un periodo de espera de seis meses antes de que estos beneficios sean pagaderos.

Información de cobertura

Elegibilidad

Usted y sus dependientes inscritos deben ser residentes legales permanentes de California y deben elegir el mismo dentista participante de SelectHMO ubicado dentro de 35 millas de su lugar de residencia.

Los dependientes elegibles incluyen:

- el cónyuge legal del subscriptor
- cualquier hijo soltero del subscriptor o del cónyuge inscrito menor de 19 años
- cualquier hijo soltero del subscriptor o del cónyuge inscrito de 19 a 23 años, que califique como un dependiente para fines del impuesto federal a los ingresos
- el subscriptor o el hijo del cónyuge inscrito, que continúa siendo incapaz de valerse por sí mismo, debido a su condición de retraso mental o impedimento físico, y que depende por lo menos en un 50% del subscriptor o del cónyuge inscrito para su mantenimiento

La elegibilidad, tarifas y opciones de facturación para los productos dentales SelectHMO varían para las personas mayores de 65 años. Por favor póngase en contacto con su agente o llame al 800-765-2585 para obtener más información.



Cómo encontrar a su dentista participante

Para encontrar a un dentista participante cerca a usted, visite nuestro sitio Web en www.bluecrossca.com y haga clic en el enlace "Provider Finder" (Buscador de proveedores).

Los dentistas participantes están convenientemente ubicados en los siguientes condados de California:

Alameda, Contra Costa, Los Angeles, Marin, Orange, Sacramento, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, Santa Barbara, Santa Clara, Solano and Sonoma. Disponibilidad limitada en El Dorado, Fresno, Kern, Kings, Monterey, Placer, Riverside, San Bernardino, San Mateo, Santa Cruz, Tulare y Ventura.

Períodos de espera

Para los Dental SelectHMO y Dental Premier SelectHMO Plans, se requiere un periodo de espera de seis meses para los empastes. Para el Dental Premier SelectHMO Plan, también se requiere un periodo de espera de 6 meses para el raspado/limadura de raíz y cirugía oral. En su póliza encontrará información más detallada.

Fecha en que se inicia la cobertura

La fecha de vigencia de su plan la asigna Blue Cross y será el primer día del mes después de la aprobación.

Tarifas mensuales del Dental SelectHMO Plan de Blue Cross

	Saver SelectHMO	SelectHMO	Premier SelectHMO
Soltero	\$10.50	\$15.00	\$18.50
Dos partes (El subscriptor y cónyuge o el subscriptor y el niño)	\$20.50	\$29.50	\$36.50
Familia (tres o más) (El subscriptor, cónyuge y el niño o el subscriptor e hijos)	\$30.50	\$44.50	\$54.50

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones y limitaciones para Dental SelectHMO Plans

- Atención o terapia experimental o de investigación.
- Cualquier condición por la cual se recuperen beneficios de cualquier naturaleza o que se encuentre que se pueden recuperar, ya sea por adjudicación, acuerdo o de otra manera, bajo cualquier ley de Compensación del Trabajador (Worker's Compensation) o ley ocupacional, aún cuando usted no reclame estos beneficios. Si existiera una disputa o duda sustancial en cuanto a si se pueden recuperar beneficios para esas condiciones de conformidad con la ley de Compensación de los Trabajadores, BC Life & Health proporcionará los beneficios del plan para dichas condiciones sujetos a su derecho de recuperación y reembolso bajo la Sección 4903 del Código Laboral de California.
- Cualquier servicio que lo faculte a recibir los beneficios de Medicare, sin importar que se paguen realmente o no esos beneficios de Medicare.
- Cualquier servicio proporcionado por cualquier agencia gubernamental local, estatal o del condado, incluyendo cualquier gobierno extranjero, excepto cuando el pago bajo el plan sea expresamente exigido por la ley estatal o federal.
- Servicios o suministros que no se cobran o que no se cobrarían si no tuviera una cobertura de seguro o servicios por los cuales no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios recibidos antes de la fecha de vigencia o durante una hospitalización que se inició antes de su fecha de vigencia.
- Servicios prestados antes de que se inicie la cobertura o después de que la cobertura finalice.
- Medicamentos recetados, pre-medicación o analgesia (incluyendo óxido nítrico).
- No se proporcionan beneficios por cargos de hospital o de médico asociado por cualquier tratamiento dental que no pueda realizarse en el consultorio médico debido a sus limitaciones de salud general, mental, emocional, de comportamiento o limitaciones físicas.
- A menos que Blue Cross autorice específicamente por escrito, debe recibir servicios dentales de su dentista participante o dentista especializado participante.
- Un plan de tratamiento dental, que en la opinión del dentista participante y/o Blue Cross no es dentalmente necesario para la salud dental o no producirá resultados beneficiosos.
- Las condiciones causadas por un escape inadvertido de energía nuclear cuando hayan fondos gubernamentales disponibles para el tratamiento de la enfermedad o lesión que fuera causado por dicho escape de energía nuclear.
- Tratamiento de fracturas o dislocaduras.
- Cualquier tratamiento para corregir una condición dental que haya sido el resultado de servicios dentales realizados por un dentista no participante mientras la cobertura estaba vigente y cualquier servicio dental iniciado por un dentista no participante no será responsabilidad del dentista participante o de Blue Cross para completarlo.
- Exámenes histopatológicos y/o la extracción de tumores, quistes, neoplasmas y cuerpos extraños no cubiertos bajo el plan médico.
- Los dientes con prognosis cuestionable, reservada o pobre no están cubiertos por un tratamiento endodóntico, cirugía periodontal o puentes y coronas. El plan permitirá la observación o extracción y reemplazo protésico.
- Servicios recibidos después de alcanzar el límite de beneficios bajo este acuerdo.
- Los servicios ortodónticos deben ser brindados por un ortodoncista participante. En el caso de pérdida de cobertura por cualquier motivo, y si al momento de la pérdida de cobertura usted sigue recibiendo tratamiento ortodóntico, usted se hará responsable del costo restante de ese tratamiento.
- El reemplazo de dispositivos ortodónticos perdidos o robados o la reparación de dispositivos ortodónticos que se rompieron debido a negligencia.
- Terapia miofuncional y servicios relacionados.
- Procedimientos quirúrgicos incidentales a un tratamiento ortodóntico, incluyendo sin sentido limitativo la extracción de dientes solamente por razones ortodónticas, exposición de dientes impactados, corrección de micrognatia o macrognatia o reparación de fisura palatina.
- Modificaciones al tratamiento requeridos por un accidente de cualquier tipo.
- Tratamiento relacionado con la articulación de la mandíbula (articulación temporomandibular, TMJ) y/o desbalance hormonal.

Esta es solo una visión general de dichas exclusiones y limitaciones. La póliza contiene una lista integral de las exclusiones y limitaciones del plan.

También debería saber...

Terminación de la cobertura

Sus beneficios dentales terminarán si no se recibe la prima a su vencimiento (sujeta al periodo de gracia); si vive a 35 millas o más de cualquier grupo dental participante o consultorio; no paga los copagos; no cumple con los requisitos de elegibilidad indicados anteriormente; se inscribe en cualquier otra cobertura de Blue Cross of California/BC Life & Health Insurance Company que no sea de grupo; vive en un país extranjero por más de seis meses consecutivos o se ausenta de California por más de seis meses consecutivos. Se deberá notificar a Blue Cross sobre los cambios que afectan su elegibilidad dentro de los 30 días.

No duplicación de los beneficios de Blue Cross

Si, durante la cobertura bajo esta póliza, usted está cubierto por otra póliza Blue Cross of California/BC Life & Health, usted tendrá derecho solo a los beneficios de la póliza con los mayores beneficios. Las Compañías de Blue Cross reembolsarán cualquier prima recibida bajo la póliza que tenga menores beneficios, cubriendo el tiempo en que ambas pólizas estuvieron vigentes. Sin embargo, cualquier pago hecho por las Compañías de Blue Cross bajo la póliza con los menores beneficios será deducido de cualquiera de dichos reembolsos de la prima.

Requisito de arbitraje vinculante

Si está presentando una solicitud de cobertura, por favor tome nota que Blue Cross of California exige el arbitraje vinculante para resolver cualquier y todos los conflictos contra Blue Cross of California/BC Life & Health Insurance Company, incluyendo los reclamos de negligencia médica y el incumplimiento del contrato y de los beneficios. Esto significa que usted está renunciando a su derecho de contar con un juicio por tribunal o jurado tanto para reclamos de negligencia médica como para cualquier otro conflicto. El Código de Salud y Seguridad de California Sección 1363.1 y el Código de Seguro Sección 10123.19 requieren divulgaciones específicas en este aspecto, incluyendo el siguiente aviso: “Queda entendido que cualquier controversia en torno a una negligencia médica, es decir, en cuanto al hecho de si algún servicio médico que se prestó al amparo de este contrato era innecesario o no estaba autorizado o se prestó en forma inapropiada, negligente o incompetente, se deberá resolver mediante arbitraje, de conformidad con las leyes de California, y no mediante juicio o proceso judicial, salvo que las leyes de California ordenen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, desisten de su derecho constitucional que dispone que cualquier conflicto de este tipo sea ventilado en una corte legal ante un jurado, y aceptan en su lugar el uso de arbitraje”. Ambas partes acuerdan renunciar a cualquier derecho de entablar cualquier reclamo o controversia contra la otra parte sobre una base de clases.



Cómo inscribirse

Para los nuevos miembros que se inscriban en la cobertura dental solo:

- Complete y firme la solicitud adjunta.
Nota: El dentista participante que usted elija deberá aparecer en su solicitud. Usted y sus dependientes deben seleccionar el mismo dentista general participante.
- Determine su prima.
- Elija su plan de pago.
- Emita un cheque pagadero a Blue Cross of California o utilice una tarjeta de crédito.
- Envíe la solicitud y el pago a la dirección apropiada de Blue Cross que aparece a continuación, o a su agente.

Para los nuevos miembros que se inscriban en la cobertura médica y dental de Blue Cross:

- Consulte las instrucciones en la solicitud de inscripción.

Para los miembros de la cobertura médica de Blue Cross que quieran agregar atención dental:

- Complete y firme la solicitud adjunta.
- Determine su prima.
- Elija su plan de pago.*
- Emita un cheque pagadero a Blue Cross of California o utilice una tarjeta de crédito.
- Envíe la solicitud y el pago** a la dirección apropiada de Blue cross, o a su agente.

*Debe seleccionar la misma opción de pago para su plan **dental** que la que tiene para su plan **médico**.

Aún cuando pague su prima **médica por medio de un pago automático premium mensual de una cuenta de cheques, debe enviar la prima **dental** del primer mes con la solicitud.

Para determinar su prima inicial:*

- Si desea pagar su cuenta **mensualmente**, llene la autorización adjunta de pago automático premium de cuenta de cheques o autorización de la tarjeta de crédito junto con un cheque por la prima de un mes.
- Si desea pagar su cuenta **cada dos meses (bimensualmente)**, emita un cheque por la prima de dos meses.
- Si desea pagar su cuenta **cada tres meses**, emita un cheque por la prima de tres meses.

*Si usted es miembro del plan médico de Blue Cross, debe seleccionar la misma opción de pago para su plan **dental** que la que tiene para su plan **médico**.

Envíe su solicitud y el pago a una de las siguientes direcciones:

Inscritos al Dental SelectHMO Plan menores de 65 años:

Blue Cross of California
P.O. Box 9051
Oxnard, CA
93031-9051

Inscritos al Dental SelectHMO Plan mayores de 65 años:**

Blue Cross of California
P.O. Box 9063
Oxnard, CA
93031-9063

** La elegibilidad, tarifas y opciones de facturación para los productos dentales SelectHMO varían para las personas mayores de 65 años. Por favor póngase en contacto con su agente o llame al 800-765-2585 para obtener más información.

o a su: **Agente independiente autorizado**



Solicitud de Inscripción Dental Select HMO

Si usted es un suscriptor de Blue Cross of California, por favor ingrese su número actual de grupo de Blue Cross y el número de certificado a continuación.

No. de grupo.

Certificado o No. de identificación

Fecha de vigencia propuesta

Opción de plan

Saver SelectHMO (40) SelectHMO (41) Premier SelectHMO (42) No. de consultorio dental:

Información del solicitante – El solicitante debe completar esta sección.

Use letra de imprenta

Apellido		Primer nombre		MI		No. de seguro social o No. de identificación	
No. de teléfono de la casa ()		No. de teléfono comercial ()		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	
Dirección domiciliaria (Debe estar completa no es aceptable la Casilla Postal)				Dirección de facturación (Si es diferente o la Casilla Postal)			
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad		Estado	Código Postal

Cónyuge a ser incluido – Firma requerida a continuación.

Apellido de cónyuge		Primer nombre		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento		No. de seguro social o No. de identificación	
---------------------	--	---------------	--	---	--	---------------------	--	--	--

Niños que se deben incluir

	NOMBRE (Nombre y apellido)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO				NOMBRE (Nombre y apellido)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO		
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
1						3					
2						4					

Firmas (Requeridas)

Autorización para obtener o divulgar información médica: Entiendo que las leyes de California prohíben que se necesite o use una prueba VIH como condición para obtener cobertura médica. Si el solicitante es un menor, yo acepto la responsabilidad legal total y financiera para la cobertura e información proporcionada en esta solicitud.

(Deben remitirse documentos de la corte que establezcan la guardiania si el adulto responsable no es uno de los padres).

Yo he leído y completado esta solicitud personalmente. Si se me acepta, esta solicitud se convertirá en parte del contrato entre Blue Cross y mi persona. I y los miembros inscritos de mi familia acuerdan someterse a los términos de ese contrato, incluyendo las provisiones de arbitraje que disponen lo siguiente:

Aún cuando entreguemos dinero con esta solicitud, ese dinero solo constituirá un depósito contra la prima futura si se acepta esta solicitud. Hacer efectivo mi cheque no quiere decir que se ha aceptado mi solicitud. Si no se acepta esta solicitud, ni Blue Cros ni cualquier compañía afiliada tendrá ninguna responsabilidad ante mí o ante cualquier otra persona allí incluida, con excepción de la obligación de devolver el dinero entregado con esta solicitud. Si no se acepta esta solicitud, ni mi persona ni nadie incluido en la solicitud tendrá derecho a los beneficios o cobertura de Blue Cross.

También entiendo que solo los servicios que me brinde mi proveedor participante de Blue Cross Dentrall SelectHMO están cubiertos por el plan o están sujetos a un descuento si no están cubiertos.

Requisito de arbitraje vinculante

Si está presentando una solicitud de cobertura, por favor tome nota que Blue Cross exige el arbitraje vinculante para resolver todos los conflictos, incluyendo los reclamos de negligencia médica. El Código de Salud y Seguridad de California Sección 1363.1 y el Código de Seguro Sección 10123.19 requieren divulgaciones específicas en este aspecto, incluyendo el siguiente aviso: "Queda entendido que cualquier controversia en torno a una negligencia médica, es decir, en cuanto al hecho de si algún servicio médico que se prestó al amparo de este contrato era innecesario o no estaba autorizado o se prestó en forma inapropiada, negligente o incompetente, se deberá resolver mediante arbitraje, de conformidad con las leyes de California, y no mediante juicio o proceso judicial, salvo que las leyes de California ordenen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, desisten de su derecho constitucional que dispone que cualquier conflicto de este tipo sea ventilado en una corte legal ante un jurado, y aceptan en su lugar el uso de arbitraje". Ambas partes acuerdan renunciar a cualquier derecho de entablar cualquier reclamo o controversia contra la otra parte sobre una base de clases.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ESTÁ ACEPTANDO QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA POR UN PROCESO DE ARBITRAJE NEUTRAL, Y QUE USTED RENUNCIA A SU DERECHO DE CONTAR CON UN JUICIO POR TRIBUNAL O JURADO.

Firma del solicitante / padre o madre o guardián legal		La fecha de hoy		Firma del cónyuge del solicitante		La fecha de hoy	
X				X			
Firma del dependiente del solicitante de 18 años o mayor		La fecha de hoy		Firma del dependiente del solicitante de 18 años o mayor		La fecha de hoy	
X				X			
Nombre del agente (Letra de imprenta)		No. de agente.		Firma del agente		La fecha de hoy	
				X			



ADJUNTE UN CHEQUE EN BLANCO, INVALIDADO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL GIRO BANCARIO, SI ES APLICABLE, AQUÍ. NO COLOQUE CINTA.

No. del seguro social o identificación del solicitante

Método de pago se requiere un pago de prima. El primer pago se le acreditará solo a los solicitantes aprobados. Al enviarnos su cheque, usted autoriza a Blue Cross of California para que convierta su cheque en una transferencia electrónica de fondos. Si se aprueba su cobertura, se debitará a su cuenta bancaria el importe indicado en el cheque. Si no califica para recibir la cobertura, su cheque no será enviado a una transferencia de fondos. Debe tener presente que el cheque no le será devuelto.

Tarjeta de Crédito

FAX para: (800) 327-9255

Prima inicial (Solamente para las tarifas médicas y dentales de nuevos miembros)

Primas mensuales

Autorización mensual de tarjeta de crédito - Para mi conveniencia, les solicito y autorizo que carguen a mi tarjeta las primas mensuales recurrentes en cada fecha de vencimiento. Entiendo que el monto puede variar como resultado de cambios que realice, tales como, pero sin sentido limitativo, la adición o retiro de dependientes, o el traslado a una nueva ubicación. El monto también puede variar de acuerdo a lo indicado en mi póliza. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mi persona con un aviso previo por escrito de 30 días. Yo estoy de acuerdo en que usted esté totalmente protegido al aceptar cualquiera de tales pagos con tarjeta. Asimismo, estoy de acuerdo en caso de que no se cumpla con cualquiera de esos pagos con tarjeta, ya sea con causa o sin ella, y ya sea intencionalmente o en forma inadvertida, que usted no tendrá responsabilidad alguna, incluyendo cualquier cargo impuesto por mi banco, en caso de rechazarse mi tarjeta aún cuando dicho rechazo cause la pérdida de cobertura. Tarjeta de crédito: VISA MasterCard Discover

No. de tarjeta: _____ Exp. : _____ Código Postal del tenedor de la tarjeta _____ - _____

Nombre del tenedor de la tarjeta (Como aparece en la tarjeta de crédito) LETRA DE IMPRENTA	Firma autorizada (Como aparece en la tarjeta de crédito)	Fecha
X	X	

Cuenta de cheques de pago automático premium

Dedicaciones de pagos mensuales de primas de la cuenta de cheques

Nombre del banco o institución financiera: _____

No. de cuenta.: _____

No. de referencia bancaria.: _____

Envíe un cheque en blanco marcado "INVÁLIDO" en la parte superior donde se indica (LOS COMPROBANTES DE DEPÓSITO NO SON ACEPTABLES) Si su solicitud se aprueba, la prima para todos los productos seleccionados, incluyendo los dentales y/o de vida, se deducirá de su cuenta de cheques. Se podrán prorratear las primas para ajustar el pago inicial a la fecha o en el caso de cambios de membresía.

Monthly Checking Account Automatic Premium Payment - Para mi conveniencia, les solicito y autorizo que paguen y carguen a mi cuenta cheques emitidos sobre esa cuenta por y pagaderos a la orden de BLUE CROSS OF CALIFORNIA teniendo en cuenta de que hayan suficiente fondos en dicha cuenta para pagar los mismos al momento de la presentación. Estoy de acuerdo en que sus derechos con respecto a dicho débito serán los mismos que si éste fuera un cheque emitido y firmado por mí personalmente. Autorizo a Blue Cross of California proceder con los débitos (y/o correcciones a débitos anteriores) desde mi cuenta con la institución financiera indicada para el pago de mis primas de Blue Cross of California. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mi persona con un aviso previo por escrito de 30 días. Yo estoy de acuerdo en que usted esté totalmente protegido al aceptar cualquiera de tales débitos. Acuerdo, además, que si alguno de estos débitos no fuera pagado, ya sea con o sin causa o que sea intencionalmente o inadvertidamente, usted no tendrá responsabilidad alguna, cualquiera sea el caso aún cuando no pagar pudiera originar la pérdida del seguro. **NOTA:** Si su banco no paga su retiro, se le retirará automáticamente de la cuenta de cheques de pago mensual automático premium, y se le facturará cada dos meses. **Es posible que incurra en un cargo de servicio de \$25 por cualquier retiro no pagado.**

Firma autorizada (Como aparece en los registros de la institución financiera)	Fecha
X	X

Facturación

Bimensua (Entregar la prima de 2 meses)

Trimestralmente (Entregar la prima de 3 meses)

FOR BLUE CROSS USE ONLY (PARA USO DE BLUE CROSS SOLAMENTE)

Group No.	Certificate No.	Agent I.D. No.	Effective Date
Pre-Exist	Area	By	Date