

Highmark hacer las cosas simples.

Solicite su nuevo plan médico individual o familiar de la ley de cuidado de la salud a bajo precio (Affordable Care Act, ACA) para 2025 en 5 pasos.

Si presenta su solicitud porque tiene un Período de inscripción especial, incluya esta solicitud completa con el formulario de Período de inscripción especial y toda la documentación de respaldo necesaria.



Si se inscribe durante el período de inscripción abierta, puede hacerlo digitalmente. Simplemente escanee aquí.



Todas las referencias a “Highmark” en este documento son referencias a la compañía Highmark que da los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Highmark Benefits Group Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, ofrece estos planes. El símbolo del escudo azul es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.

5 pasos para completar su solicitud.

Paso 1: Cuéntenos sobre usted 7

Paso 2: Busque un plan 15

Paso 3: Su primer pago 20

Paso 4: Cobertura actual 22

Paso 5: Su firma 24



Nos alegra que piense en Highmark.

Asegurémonos de que esta es la aplicación que necesita.

Esta aplicación es para comprar directamente con Highmark, no si quiere comprar mediante Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie™). Estos planes no aplican créditos fiscales por las primas federales ni reducciones de costos compartidos. Si no está seguro de si califica para recibir ayuda financiera, comuníquese con Pennie en **Pennie.com** o llame al **1-844-844-8040**.

Aparte de eso, usted es elegible para inscribirse en estos planes, independientemente de su edad, siempre que cumpla estos requisitos:

- No tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare, no está inscrito en los beneficios de la Parte B de Medicare ni está inscrito en CHIP.
- Actualmente vive en los EE. UU.
- Vive en uno de los condados mencionados en la página 15 de esta solicitud y selecciona un plan disponible en el condado donde vive.
- Cumple las directrices de elegibilidad mencionadas en el Paso 5 de esta solicitud.

¿Está en el lugar correcto? Excelente.

Hay algunos tipos de planes a los que puede aplicar con esta solicitud. Aquí tiene un resumen:

Planes ACA

Estos son sus planes individuales o familiares. Puede leer más sobre esto en www.Highmark.com o en el folleto del plan.

HIPAA

Si pierde el plan médico de su empresa y quiere un plan Highmark, un plan HIPAA podría ser para usted. Obtenga más información en la página 18.

Conversión

Si perdió su plan grupal de Highmark y quiere cambiarse a un plan individual, puede que le convenga un plan de conversión. Obtenga más información en la página 17.

Si tiene alguna pregunta o quiere inscribirse más rápido:

Llame al 1-855-949-1043.

Visite www.Highmark.com.

Escanee el CÓDIGO QR en la primera página si presenta la solicitud durante la inscripción abierta. Si presenta su solicitud durante un período de inscripción especial, necesitaremos que complete la solicitud en papel.

Hable con su agente/productor de seguros si trabaja con uno.

O podemos ayudarlo en persona en una **tienda directa de Highmark**. Encuentre una tienda cerca de usted en HighmarkDirect.com.



Instrucciones:

Hicimos que esta aplicación sea lo más sencilla posible con solo **5 pasos**.

Puede parecer mucho, pero estos consejos harán que presentar esta solicitud sea más fácil y evitarán retrasos en el procesamiento.

- **Siga estos 5 pasos y asegúrese de completar todo.**

Cuando termine una sección, sepárela y envíenla.

- **Escriba las letras y los números claramente con tinta azul o negra.**

Si presenta su solicitud durante el período de inscripción abierta, puede completar una versión electrónica de este formulario en **www.Highmark.com** e imprimirlo.

- **Si hay un cuadro para escribir su nombre en la parte inferior de una página,** asegúrese de completarlo. Esto nos ayuda a hacer un seguimiento de su solicitud.
-

- **Firme y feche la solicitud en la página 25** — Si solicita cobertura para usted y su cónyuge/pareja de hecho, ambos deben firmar esta solicitud. Si no está casado, es menor de 18 años y solicita una póliza que solo lo cubre a usted, un padre o tutor debe firmar esta solicitud.
-

- **Separe las páginas de solicitud completadas y envíelas a Highmark.**

En la página 26 encontrará todas las formas en que puede hacerlo.



Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

Usted + Highmark ≡ un 2025 saludable.

Si solicita un seguro médico, deberá completar la siguiente página.

- **Página 8** — Todos deben completar esta página con su información personal, incluso si se solicita para otra persona, como un menor de edad.
- **Página 10** — Complete esta página si solicita cobertura para usted y para otra persona, si presenta la solicitud en nombre de sus dependientes y usted será el titular de la póliza, o si presenta la solicitud en nombre de un menor de 18 años para su póliza individual.

Si tiene preguntas, solo debe llamarnos. Tenga a mano estos números de teléfono importantes mientras completa su solicitud:

- Si tiene un dominio limitado del inglés o una discapacidad, llame al 1-833-521-1424 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite una tienda de Highmark para obtener ayuda con esta solicitud sin cargo.
 - Si tiene preguntas generales o quiere inscribirse por teléfono llame al 1-855-949-1043.
 - Si necesita ayuda con un plan HIPPA o de conversión o necesita ayuda con una cobertura de seguro anterior, llame al 1-888-510-1084.
-



25827

Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

Recuerde completar todo claramente y marcar “N/A” si es necesario. De lo contrario, el procesamiento de este formulario podría retrasarse

Información general:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIJO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

SEXO

Masculino Femenino Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Marque este óvalo si no tiene dirección. Pero es necesario que indique una dirección postal donde podamos comunicarnos con usted.

DIRECCIÓN

NUMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CONDADO

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO)

NUMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CONDADO

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA (NO MÓVIL)

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL

CONTACTO PREFERIDO (SELECCIONE SOLO UNO)

Casa Móvil

DIRECCIÓN DE EMAIL

IDIOMA PREFERIDO PARA HABLAR (SI NO ES INGLÉS)

IDIOMA PREFERIDO PARA LEER (SI NO ES INGLÉ)

¿Para quién es este plan?

Simplemente marque el óvalo que corresponda.

Solo para usted.

Usted y su familia.

Presenta la solicitud en nombre de un menor de 18 años para su cobertura como titular de una póliza individual.

25827



Paso 1: Cuéntenos sobre usted (continuación).

Si tiene 21 años o más:

Solo debe responder unas pocas preguntas más si tiene 21 años o más y este plan es para usted.

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

- Sí No

Preferencias de comunicación:

Si lo prefiere, podemos enviarle comunicaciones electrónicas en forma de alertas y avisos por email. Esas comunicaciones podrían incluir su acuerdo y resumen de la cobertura, avisos sobre planes de seguro, información para miembros y avisos de salud y bienestar, como bienestar, ahorros y más. Será más fácil y rápido. Puede cambiar la opción en cualquier momento o solicitar una copia digital llamando al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro (ID) o visitando [MyHighmark.com](https://www.MyHighmark.com).

¿Y, qué le parece?

- Sí, quiero recibir todo digitalmente.
 No, quiero seguir con el formato de papel.

Visite [MyHighmark.com](https://www.MyHighmark.com) para revisar los Términos y condiciones sobre las preferencias de contacto y obtener información completa sobre cómo seleccionar o cambiar las preferencias de comunicación

Para asegurarse de recibir las comunicaciones mediante su método preferido, debe informar a Highmark si cambia su número de teléfono o dirección de email.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 1: Cuéntenos sobre su familia.

¿Esta solicitud es solo para usted? Vaya a la página 14.

Si solicita cobertura para otra persona (dependiente), complete su información en esta hoja. Puede agregar más hojas si lo necesita.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge o pareja de hecho
- Su hijo soltero de cualquier edad que esté certificado médicamente como totalmente discapacitado y que dependa de usted
- Sus hijos menores de 26 años
- Los hijos de su cónyuge o pareja de hecho menores de 26 años

La opción del plan y el deducible que usted elija se aplicará a todas las personas que reciben cobertura de su plan.

¿Hay dependientes solteros incluidos en esta solicitud que, según certificado médico, sean incapaces de mantenerse por sí mismos por una discapacidad intelectual o física, una enfermedad mental o una discapacidad del desarrollo que comenzó antes de los 26 años?

Si la respuesta es “sí”, indique sus nombres

Highmark podrá exigir prueba de dicha discapacidad según lo considere necesario.

Dependiente 1 Información básica:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIJO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

RELACIÓN

SEXO

Masculino Femenino Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

¿Vive el Dependiente 1 con usted? Sí No

SI LA RESPUESTA ES “NO”, INDIQUE LA DIRECCIÓN:

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

Hay espacio para más dependientes en la página siguiente.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 1: Familia (continuación).

Dependiente 2 Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 2 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

Dependiente 3 Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 3 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 1: Familia (continuación).

Dependiente 4 Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 4 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

Dependiente 5 Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 5 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 1: Familia (continuación).

Dependiente 6

Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 6 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

Dependiente 7

Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 7 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:	
<input type="text"/>	

21 años o más:

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

Sí No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Información sobre la raza y la etnicidad

Highmark usará las siguientes preguntas para entender mejor la demografía y las necesidades médicas de nuestros miembros. Al recopilar estos datos, Highmark puede evaluar si, y en qué medida, nuestras soluciones médicas, políticas y prácticas tratan las disparidades sistemáticas en la salud y la atención médica de nuestros miembros y comunidades. Estas evaluaciones mejorarán la capacidad de Highmark para profundizar nuestro conocimiento sobre los retos relacionados con la salud de nuestros miembros, para desarrollar y prestar servicios únicos que cubran las necesidades específicas de nuestros miembros y comunidades. Los datos sobre la raza y etnia se compartirán con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) para apoyar una comprensión más amplia de las necesidades médicas de la población en todo el país. **Sus respuestas a las siguientes preguntas son completamente voluntarias.** Al recopilar los siguientes datos, Highmark: 1) mantiene todos los datos que se muestran abajo como privados; 2) no usa los datos para determinar la elegibilidad, suscripción o calificación; y 3) no rechaza su solicitud si decide responder o no estas preguntas.

	Titular de la póliza	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5	Dependiente 6	Dependiente 7
1) Es el solicitante de origen hispano, latino o español?								
Sí	<input type="radio"/>							
No	<input type="radio"/>							
Otro	<input type="radio"/>							
Prefiero no responder	<input type="radio"/>							
1a) Si seleccionó "Sí" a la pregunta de arriba, responda:								
Cubano	<input type="radio"/>							
Mexicano, mexicanoamericano o chicano	<input type="radio"/>							
Puertorriqueño	<input type="radio"/>							
Otro origen hispano, latino o español	<input type="radio"/>							
Otro	<input type="radio"/>							
Prefiero no responder	<input type="radio"/>							
2) Si respondió "No" u "Otro" a la Pregunta 1, especifique raza y etnia seleccionando una de las siguientes opciones:								
Indio americano o nativo de Alaska	<input type="radio"/>							
Asiático indio	<input type="radio"/>							
Negro o afroamericano	<input type="radio"/>							
Chino	<input type="radio"/>							
Filipino	<input type="radio"/>							
Guamano o chamorro	<input type="radio"/>							
Japonés	<input type="radio"/>							
Coreano	<input type="radio"/>							
Nativo de Hawái	<input type="radio"/>							
Samoano	<input type="radio"/>							
Vietnamita	<input type="radio"/>							
Blanco	<input type="radio"/>							
Raza asiática no incluida en la lista de arriba	<input type="radio"/>							
Raza de isleños del Pacífico no incluida en la lista de arriba	<input type="radio"/>							
Raza no mencionada arriba	<input type="radio"/>							
Otro	<input type="radio"/>							
Prefiero no responder	<input type="radio"/>							

Paso 2: Busque un plan.

Cobertura que te hace .

En este próximo paso, va a seleccionar su plan.

O bien, eche un vistazo al folleto del plan. Toda la información que necesita está aquí.

Solo necesita completar la página indicando el condado en el que vive. Si está buscando un plan **HIPAA** o de **conversión**, vaya directamente a esa página.

Si vive en: **Encuentre su plan en la página::**

Bucks	16
Chester.....	16
Delaware	16
Montgomery.....	16
Filadelfia	16

Plan de conversión	17
Plan HIPAA	18

Paso 2: Encuentre un plan en

los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.

Elija una opción de plan y deducible. **Marque el óvalo que está lado del plan que seleccionó.** Su selección se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

Estos planes son solo para los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.

Highmark Benefits Group - Número de grupo: 108047-67		Deducible anual	
		Individual	Familia
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Premier Gold 0	\$0	\$0
	<input type="radio"/> Premier Gold 0 + Cobertura dental y de la vista para adultos		
	<input type="radio"/> Gold 0		
	<input type="radio"/> Gold 0 + Dental y de la vista para adultos		
	<input type="radio"/> Gold 1500	\$1,500	\$3,000
	<input type="radio"/> Gold 1700 HSA	\$1,700	\$3,400
	<input type="radio"/> Premier Silver 0	\$0	\$0
	<input type="radio"/> Premier Silver 0 + Cobertura dental y de la vista para adultos		
	<input type="radio"/> Silver 3500	\$3,500	\$7,000
	<input type="radio"/> Silver 3500 + Seguro dental y de la vista para adultos		
	<input type="radio"/> Silver 7000	\$7,000	\$14,000
	<input type="radio"/> Bronze 3800	\$3,800	\$7,600
	<input type="radio"/> Bronze 3800 + Dental y de la vista para adultos		
	<input type="radio"/> Bronze 7400 HSA - Beneficio de medicamentos personalizados	\$7,400	\$14,800
	<input type="radio"/> Bronze 8900	\$8,900	\$17,800
<input type="radio"/> PPO de eventos importantes catastróficos 9200 - 3 visitas gratis con el PCP <small>[Los solicitantes deben tener menos de 30 años o haber recibido una certificación de exención del Mercado de Seguros de Pensilvania. Adjunte una copia del certificado si tiene uno.]</small>	\$9,200	\$18,400	

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

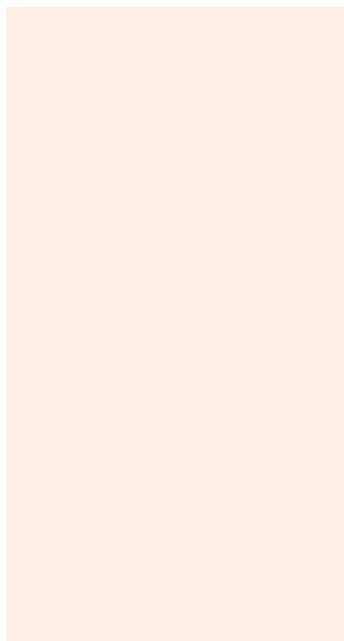
Paso 2: Encuentre un plan de conversión.

¿Perderá su cobertura grupal de Highmark y quiere obtener una cobertura individual de Highmark? Genial, quizás quiera obtener un plan de conversión. Puede comenzar el día en que finalice su plan grupal.

Highmark ofrece el siguiente plan de conversión. Marque el óvalo junto a este plan si quiere solicitar la inscripción. La inscripción en este plan se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

Estos planes son para residentes de: los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.

Highmark Benefits Group – Número de grupo: 108047-67		Deducible anual	
		Individual	Familia
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Bronze 3800	\$3,800	\$7,600



FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)

CANTIDAD DE LA PRIMERA PRIMA

Política de conversión

EN VIGOR A PARTIR DEL (MM/DD/AAAA):

EN VIGOR HASTA (MM/DD/AAAA):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 2: Encuentre un plan HIPAA.

¿Perderá la cobertura de un empleador y quiere obtener un plan HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) de Highmark?

¡Bienvenido! Su plan puede comenzar cuando finalice su plan actual.

**Primero,
responda
algunas
preguntas:**

1. Si su cobertura más reciente le ofreció "COBRA" o beneficios estatales similares requeridos, ¿eligió esa cobertura?

Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿agotó todos los beneficios de esa cobertura?

Sí No

2. Si incluye su cobertura más reciente, ¿tuvo algún tipo de cobertura de atención médica acreditable de forma continua durante al menos 18 meses?

Sí No

*Para averiguar esto, cuente los períodos de cobertura acreditable que tuvo antes de cualquier interrupción de la cobertura. Cuéntelos solo si la interrupción en la cobertura fue menor a 63 días. No cuente los días durante un período de espera donde no tuvo cobertura. No cuente los días del período de espera para determinar si tuvo una interrupción de la cobertura.

3. ¿Finalizó su cobertura de atención médica más reciente porque no pagó su prima? Esto incluye contribuciones o fraude.

Sí No

Ahora, necesita adjuntar su formulario de "Certificado de cobertura previa" a esta solicitud.

¿No lo tiene?

Aquí puede encontrar algunas otras formas en las que puede demostrar que tenía cobertura previa:

1. Envíenos su declaración escrita firmada sobre su última cobertura. Incluya los nombres de los planes que lo cubrieron en los últimos 18 meses y las fechas de inicio y finalización de la cobertura. Adjunte copias de documentos que demuestren que recibió cobertura durante esos períodos (por ejemplo, una tarjeta de identificación, una explicación de los beneficios, una factura de primas o recibos de sueldo que prueben que pagó la cobertura médica). También deberá cooperar con nosotros para demostrar que tenía cobertura.
2. Complete y envíenos un formulario de revelación y autorización de cobertura previa de HIPAA en lugar de una declaración escrita. Puede obtener este formulario llamando al Servicio para Miembros al 1-888-510-1084.
3. Llámenos al 1-888-510-1084 para aclarar que tenía cobertura. Envíenos toda la información que pueda y luego firme el formulario para permitirnos comunicarnos con sus planes anteriores para demostrar que tenía cobertura.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

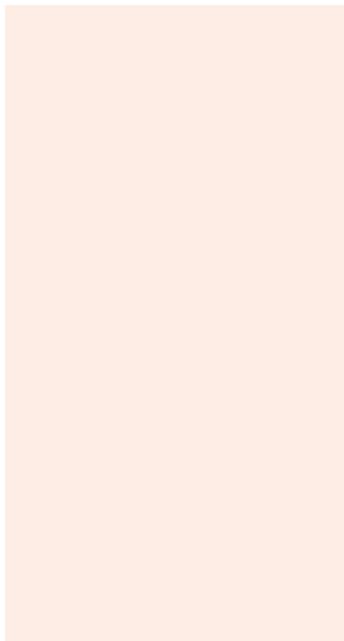
PRIMER NOMBRE

Luego elija su plan HIPAA.

Highmark ofrece el siguiente plan HIPAA. Marque el óvalo junto a este plan si quiere solicitar la inscripción. La inscripción en este plan se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

Estos planes son para residentes de: Blos condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.

Highmark Benefits Group - Número de grupo: 108047-67		Deducible anual	
		Individual	Familia
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Bronze 3800	\$3,800	\$7,600



FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)

CANTIDAD DE LA PRIMERA PRIMA

Política de HIPAA

EN VIGOR A PARTIR DEL (MM/DD/AAAA):

EN VIGOR HASTA (MM/DD/AAAA):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 3: Su primer pago.

¿Ya tiene el Plan? 
Ahora, el cheque.

Cuando envíe esta solicitud, deberá incluir su primer pago de prima.

Le explicaremos cómo calcularlo en la siguiente página. Si no hace el primer pago cuando envía su solicitud, el primer pago de prima deberá hacerse en la fecha impresa en su primera factura.

Paso 3: Su primer pago

Comience completando esta información:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

Obtenga ahora su guía de tarifas o visite www.Highmark.com.

Encuentre la prima mensual para su plan según la cantidad de personas que mencionó en el PASO 1 (usted + cualquier dependiente que haya mencionado).

Necesitará adjuntar un cheque por esa cantidad a este formulario, pero complete la información de abajo.

PAGO ADJUNTO

NÚMERO DE GRUPO

(El número de grupo es el número de ocho dígitos en negrita y azul que aparece arriba de la selección del plan).

Una vez que reciba su primera factura, diríjase a MyHighmark.com para inscribirse para pagos automáticos. Los pagos automáticos son una forma más segura y conveniente de pagar su factura y alivian el estrés de hacer pagos a tiempo. Además, ya no tendrá que escribir más cheques molestos como este.

Si solicita un plan HIPAA y quiere que su plan comience a mediados de mes, deberá prorratear este primer pago por los días restantes del mes en que finalizó su cobertura grupal. Puede averiguarlo de la siguiente manera:

Divida la prima mensual por la cantidad de días del mes.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{PRIMA MENSUAL} & & \text{DÍAS DEL MES} & & & & \text{TOTAL} \\ \$ & \div & & = & & & \\ \text{[Form]} & & \text{[Form]} & & & & \text{[Form]} \end{array}$$

Luego, multiplique ese número por la cantidad de días que quedan en el mes después de que comience su cobertura.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{TOTAL DE ARRIBA} & & \text{DÍAS QUE QUEDAN EN EL MES} & & & & \text{TOTAL} \\ \$ & \times & & = & & & \\ \text{[Form]} & & \text{[Form]} & & & & \text{[Form]} \end{array}$$

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE



Paso 4: Cobertura actual.

Lo difícil ya pasó.

Ahora solo necesitamos saber sobre cualquier seguro médico actual que usted tenga (cobertura que tenía en 2024).

Todos deben completar esta sección:

1. ¿Está usted o alguna otra persona incluida en el Paso 1 inscrita en un plan o programa médico grupal o individual, privado o gubernamental, en el momento de presentar esta solicitud?

Sí No

Si la respuesta es SÍ, ¿agotó todos los beneficios de esa cobertura?

Sí No

2. ¿Alguna persona que solicita esta cobertura tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare o está inscrita en la **Parte B de Medicare**?

Sí No

Si alguna de las personas que se mencionan en el Paso 1 tiene derecho a recibir beneficios según la Parte A de Medicare o está inscrita en la Parte B de Medicare, debe quitarla. Las personas con derechos o que están inscritas en Medicare no pueden solicitar beneficios mediante esta solicitud. Obtenga más información en ssa.gov o visite la oficina de Administración del Seguro Social más cercana..

3. ¿La cobertura que solicita está **destinada a reemplazar** algún seguro contra accidentes o médico que usted o alguien en el Paso 1 tengan actualmente? Esto incluye una póliza de Highmark.

Sí No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 4: Cobertura actual.

Si respondió
sí a la
pregunta
1, 2 o 3:

Todos deben
completar
esta sección:

4. Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura que usted o sus familiares tengan o hayan solicitado:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE GRUPO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE INICIO (MM/DD/AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE PÓLIZA	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (MM/DD/AAAA)	SITUACIÓN LABORAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. ¿Usted o alguno de los familiares que solicitan esta cobertura recibirán asistencia para el pago de primas o subvenciones de un tercero pagador*?

Sí No No estoy seguro

Si respondió **Sí** o **No estoy seguro**, indique el tipo de tercero que hace los pagos a usted o a Highmark en su nombre:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Un familiar | <input type="radio"/> Otros (especificar): |
| <input type="radio"/> Una tribu india, una organización tribal o una organización india urbana | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Un empleador (que no sea ICHRA ni QSEHRA) | <input type="radio"/> Un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) |
| <input type="radio"/> Un programa del gobierno local, estatal o federal, incluyendo un beneficiario de este | NOMBRE DEL EMPLEADOR: |
| <input type="radio"/> Un programa de Ryan White sobre el VIH/SIDA | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Una organización 501(c)(3) reconocida por el IRS (sin fines de lucro) | <input type="radio"/> Un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificado para pequeños empleadores (QSEHRA) |
| <input type="radio"/> Un proveedor o prestador de servicios de atención médica | NOMBRE DEL EMPLEADOR: |
| | <input type="text"/> |

* Un tercero pagador sería cualquier persona, empleador, organización o entidad que pague la totalidad o una parte de su prima o la de su familia a Highmark, o directamente a usted o su familia por medios como efectivo, cheque, orden de pago, tarjeta de débito prepaga, tarjeta de crédito o transferencias electrónicas de fondos.

- Reconozco/reconocemos que tengo/tenemos la obligación permanente de informar a Highmark sobre cualquier cambio relacionado con la asistencia o subvenciones para el pago de primas hechas por un tercero pagador.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

Paso 5: Su firma.

Una última cosa.



Esto implicará leer mucho lenguaje legal. Respire profundamente, usted puede hacerlo. Cuando termine de leer, firme en la parte inferior para hacernos saber que está de acuerdo.

¿Está listo? Vamos a terminar esto.

Paso 5: Su firma.

Mi/nuestra firma en esta Solicitud indica que leí/leímos y entendí/entendimos completamente las siguientes afirmaciones:

Por la presente solicito/solicitamos cobertura del plan de atención médica para mí o mis dependientes elegibles mencionados en esta Solicitud. Entiendo/entendemos y acepto/aceptamos que los términos y las condiciones de nuestra cobertura se regirán por el Acuerdo de suscripción escrito y que se pueden adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables, coherentes con el lenguaje de ese Acuerdo, para administrar el programa. Reconozco/reconocemos que nuestra cobertura solo se aplicará a las admisiones que se produzcan y a los servicios que se presten a partir de la fecha de inicio de nuestra cobertura.

Entiendo/entendemos que el Acuerdo está disponible únicamente para los residentes del área geográfica en la que está disponible el producto para el que se completa esta Solicitud y que esta Solicitud está sujeta a las disposiciones de este Acuerdo. Este Acuerdo se renueva anualmente. **Si no hace el primer pago cuando envía su solicitud, el primer pago de prima deberá hacerse en la fecha impresa en su primera factura.** Si no paga antes de esta fecha de vencimiento, se cancelará su solicitud. También puede pagar su prima mensualmente por adelantado a Highmark. Si le conviene, puede pagar más de su cantidad mensual. Aplicaremos las cantidades excedentes todos los meses. Estas cantidades estarán sujetos a aumentos de prima en la fecha en que el aumento entre en vigor.

Entiendo/entendemos que la recepción de los beneficios según este programa está sujeta a la determinación de que los servicios fueron médicamente necesarios y apropiados. A excepción de emergencias o admisiones relacionadas con el parto, todas las admisiones de pacientes hospitalizados están sujetas a revisión antes de la admisión propuesta.

Debemos recibir y procesar el pago completo de su prima antes de poder pagar los reclamos por cualquier servicio elegible que reciba. Si sus pagos de prima mensuales actuales no se reciben en su totalidad dentro del período de gracia del plan, su plan se cancelará. La fecha de terminación será el último mes en el que recibamos el pago requerido. Los reclamos por servicios elegibles no se procesarán a menos que su prima actual se haya pagado en su totalidad.

Si solicita un plan de conversión para cubrirlo a partir de la fecha en que finalizó su plan grupal o solicita un plan HIPAA para cubrirlo a partir de la fecha en que finalizó el plan de su empleador, su pago final de prima incluirá una cantidad prorrateada por los días que falta en el mes en que finalizó su cobertura grupal.

Puedo confirmar que ninguna persona que solicita seguro médico en esta Solicitud está encarcelada (detenida o en prisión).

Sé que debo informar a Highmark si cambia alguna información que di en esta Solicitud. Debo llamar al 1-888-510-1084 para informar de cualquier cambio.

Si se acepta su solicitud para cobertura que no sea HMO, usted acuerda resolver cualquier disputa, reclamo o controversia que surja de o esté relacionada de alguna manera con el Acuerdo emitido o con cualquier servicio para el que se dan beneficios mediante un arbitraje vinculante en lugar de un litigio en los tribunales. Su acuerdo para arbitrar se aplica a disputas entre usted y Highmark o cualquier matriz, subsidiaria, afiliada, funcionario, director, empleado o agente de Highmark. Cualquier disputa, reclamo o controversia solo podrá presentarse de manera individual y no en conjunto con otros individuos que no estén cubiertos por el Acuerdo, a menos que Highmark acuerde lo contrario. Se podrá dictar sentencia sobre cualquier laudo arbitral en cualquier tribunal con jurisdicción. La parte que presente el arbitraje puede optar por presentar ante JAMS, la Asociación Americana de Arbitraje, o cualquier otra organización o árbitro acordado mutuamente por las partes. Se aplicará la ley de Pensilvania.

Fecha de inicio de la cobertura

Su plan entra en vigor según el tipo de inscripción..

- **Si presenta su solicitud entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre,** su plan comenzará el 1 de enero. Si presenta su solicitud entre el 16 de diciembre y el 15 de enero, su plan comenzará el 1 de febrero.
- **Los planes HIPAA o de conversión** comenzarán en la fecha de inicio que se indica en esta solicitud.
- **Si presenta su solicitud durante un Período de inscripción especial (SEP),** la fecha de inicio del plan se basa en las leyes de aplicación para cada SEP elegible.

Según mi/nuestro leal saber y entender, la información mencionada en esta Solicitud es verdadera y correcta.

También entiendo que cualquier intento de calificar para el programa elegido mediante fraude u otra tergiversación intencional de un hecho importante resultará en la terminación de dicho contrato.

Toda persona que pretenda, de forma voluntaria e intencional, estafar a una compañía de seguros o a otra persona y presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con un hecho material estará cometiendo un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

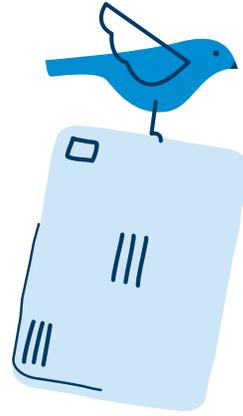
FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO/PADRE

FECHA

AVISO PARA TODOS LOS SOLICITANTES: Si solicita cobertura que incluye a su cónyuge o pareja de hecho, usted y su cónyuge/pareja de hecho deben firmar este formulario de solicitud. Si no está casado, es menor de 18 años y solicita una póliza que solo lo cubre a usted, su padre o tutor debe firmar. **Esta solicitud es válida solo cuando está completada y firmada por el solicitante.**



Es hora de enviarlo.

¡Guau! ¡Lo logró! Terminó de completar la solicitud.
Ahora, separe las páginas que completó y envíelas de vuelta.

1

Por correo::

Envíe esta solicitud completada y firmada en un sobre con un cheque de su primer pago. Envíe el sobre aquí:

Highmark Blue Shield
P.O. Box 382178
Pittsburgh, PA 15251-8178

¡Eso es todo, ya está! Será un gusto pasar el año 2025 con usted.

¿Terminó?

Verifique nuevamente estos elementos para asegurarse de que su solicitud no se retrase:

- Asegúrese de incluir su número de seguro social completo.
- Si tiene un número de grupo, asegúrese de completarlo.
- Su cheque debe estar incluido con la solicitud.

**Solo los productores deben completar la siguiente sección.
Si no es productor no es necesario que complete esta página.**

Certificado de productores

Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, llame a la línea de productores al 1-800-652-9459.

Si esta sección no se completa en su totalidad, no pagaremos ninguna comisión.

NÚMERO NACIONAL DE PRODUCTOR (NPN)	NOMBRE DEL PRODUCTOR (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA AGENCIA	FIRMA DEL PRODUCTOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA
	<input type="text"/>

Un PRODUCTOR debe completar esta sección para actuar en nombre del solicitante

1. Considere cómo el solicitante respondió a sus preguntas. ¿Conoce algún factor que afecte la elegibilidad del solicitante? ¿O la de sus dependientes que solicitan esta cobertura?

Sí No

FIRMA DEL PRODUCTOR

FECHA

AGENCIA

3. ¿Informó al solicitante de las características del producto que seleccionó, incluyendo el cumplimiento de sus deducibles?

Sí No

4. ¿Es este solicitante un cliente actual de Highmark?

Sí No

5. ¿Conservó una copia firmada de esta solicitud para sus registros?

Sí No

Nota: Ningún productor podrá:

1. Aceptar el riesgo o ceder cualquier requisito de elegibilidad;
2. Hacer o alterar los términos de la póliza o solicitud; o
3. Renunciar a cualquiera de los derechos o requisitos de Highmark.



Highmark Inc., opera con el nombre comercial
Highmark Blue Shield
120 Fifth Avenue
Pittsburgh, PA 15222-3099

Highmark Inc., en nombre de Highmark Blue Shield o
Highmark Benefits Group Inc., licenciarios independientes de
Blue Cross Blue Shield Association, pueden dar estos beneficios o
administración de beneficios.

Internal use only

NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN)

La discriminación es ilegal

El administrador de reclamos/aseguradora cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y la identidad de género. El administrador de reclamos/aseguradora no excluye ni trata de forma diferente a las personas por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo asignado al nacer, identidad de género ni género registrado. Además, el administrador de reclamos/aseguradora no negará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico si el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona no corresponde al sexo para el que dicho servicio médico se presta normalmente. El administrador de reclamos/aseguradora no denegará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si esa denegación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El administrador de reclamos/aseguradora:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lengua de signos cualificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el administrador de reclamos/la aseguradora no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y la identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, fax: 412-544-2475, email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Usted puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Pennsylvania, Delaware, West Virginia, and New York: 1-833-521-1424 (TTY: 711)

ATTENTION: If you speak English, assistance services, free of charge, are available to you. Call the number provided for your state of residence.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al número correspondiente a su estado de residencia.

注意: 如果您说中文, 您可获得免费的语言援助服务。请拨打您所在州相应的电话号码。

توجه کنید: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما هستند. با شماره ارائه شده برای ایالت محل سکونتتان تماس بگیرید.

주의: 한국어(를) 사용하는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 거주하시는 주의 전화 번호로 문의하십시오.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo telefòn ki koresponn ak Eta kote w rete a.

ATTENZIONE: Se parla italiano, avrà a disposizione un servizio di assistenza linguistica gratuito. Chiami il numero fornito per il suo stato di residenza.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, אוועילעבל פאר אייך. רופט די נומער וואס איז צוגעשטעלט פאר אייער סטעיט וואו איר וואוינט.

মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। আপনি বসবাসরত রাজ্যের জন্য দেওয়া নম্বরে ফোন করুন।

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل بالرقم المقدم للولاية التي تقيم فيها.

UWAGA: jeżeli posługuje się Pan/Pani językiem polsku, udostępniamy bezpłatne usługi wsparcia językowego. Prosimy zadzwonić pod numer podany dla stanu, w którym Pan/Pani mieszka.

ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le numéro de téléphone pour votre État de résidence.

توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو لسانی مدد کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ اپنی رہائش والی ریاست کے لیے فراہم کردہ نمبر پر کال کریں۔

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí được cung cấp sẵn cho quý vị. Gọi số được cung cấp cho tiểu bang cư trú của quý vị.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numerong ibinigay para sa estadong tinitirhan mo.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε Ελληνικά, έχετε πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό που παρέχεται για την περιοχή σας.

2025

se ve bastante bien.



Para obtener más información sobre los beneficios y procedimientos operativos de Highmark, como el acceso al formulario de medicamentos o el uso de proveedores de la red, visite [Highmark.com](https://www.highmark.com), desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en Quality Assurance (Garantía de calidad) o, para obtener una copia impresa, llame al 1-855-873-4106.

Highmark Benefits Group Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, ofrece estos planes.

El símbolo del escudo azul es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.