



INFORME DE CRÉDITO DEDUCIBLE REMANENTE

(Solamente para el año de calendario actual)

PRODUCTO:
Ambetter EPO

Llene el formulario requerido, proporcione la declaración de las compañías previas y envíe todo por correo a:

Ambetter of WellCare of New Jersey
Attention: Accumulator Department
 480 Crosspoint Parkway
 Getzville, NY 14068

INFORMACIÓN DEL SUScriptor(A) (INFORMACIÓN DEL ASEGURADOR (PREVIO)) *Plan familiar* *Plan del empleador*

APELLIDO		NOMBRE DE PILA			SEGUNDO NOMBRE DEL SUScriptor(A)		
DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º de TELÉFONO		
NÚMERO DE ID	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUScriptor(A)			MES	DÍA	AÑO
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA		NOMBRE DE GRUPO (EMPLEADOR)		NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO		N.º de TELÉFONO DEL ASEGURADOR
NÚMERO DE ID DEL SUScriptor(A) EMITIDO _____ POR AMBETTER _____ CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA PREVIA _____							
<b style="color: red;">INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)							

¿Cuál es la fecha de entrada en vigor _____ y la fecha de terminación _____ de su póliza previa?

Incluya una lista de todos los nombres que usted o sus dependientes usaron en su póliza previa, si corresponde: _____.

INFORMACIÓN SOBRE EL(LOS) DEPENDIENTE(S)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO
MARQUE QUÉ PARENTESCO TIENEN EL/LA DEPENDIENTE Y EL/LA SUScriptor(A) (Si fuera otro, indique el parentesco) <input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO, _____ <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> HIJA						
NÚMERO DE ID EMITIDO POR AMBETTER DEL AFILIADO(A) _____ CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA ANTERIOR _____						
<b style="color: red;">INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)						

INFORMACIÓN SOBRE EL(LOS) DEPENDIENTE(S) (Continuación)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO

MARQUE QUÉ PARENTESCO TIENEN EL/LA DEPENDIENTE Y EL/LA SUScriptor(A) (Si fuera otro, indique el parentesco)

ESPOSO HIJO
 ESPOSA HIJA OTRO, _____

NÚMERO DE ID EMITIDO POR AMBETTER DEL AFILIADO(A) _____

CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA ANTERIOR _____

INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)

INFORMACIÓN SOBRE EL(LOS) DEPENDIENTE(S) (Continuación)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO

MARQUE QUÉ PARENTESCO TIENEN EL/LA DEPENDIENTE Y EL/LA SUScriptor(A) (Si fuera otro, indique el parentesco)

ESPOSO HIJO
 ESPOSA HIJA OTRO, _____

NÚMERO DE ID EMITIDO POR AMBETTER DEL AFILIADO(A) _____

CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA ANTERIOR _____

INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)

INFORMACIÓN SOBRE EL(LOS) DEPENDIENTE(S)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO

MARQUE QUÉ PARENTESCO TIENEN EL/LA DEPENDIENTE Y EL/LA SUScriptor(A) (Si fuera otro, indique el parentesco)

ESPOSO HIJO
 ESPOSA HIJA OTRO, _____

NÚMERO DE ID EMITIDO POR AMBETTER DEL AFILIADO(A) _____

CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA ANTERIOR _____

INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)

INFORMACIÓN SOBRE EL(LOS) DEPENDIENTE(S)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO

MARQUE QUÉ PARENTESCO TIENEN EL/LA DEPENDIENTE Y EL/LA SUScriptor(A) (Si fuera otro, indique el parentesco)

ESPOSO HIJO
 ESPOSA HIJA OTRO, _____

NÚMERO DE ID EMITIDO POR AMBETTER DEL AFILIADO(A) _____

CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA ANTERIOR _____

INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)

INFORMACIÓN SOBRE EL(LOS) DEPENDIENTE(S)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	N.º de SS	FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO

MARQUE QUÉ PARENTESCO TIENEN EL/LA DEPENDIENTE Y EL/LA SUSCRIPTOR(A) (Si fuera otro, indique el parentesco)

- ESPOSO HIJO OTRO, _____
 ESPOSA HIJA

NÚMERO DE ID EMITIDO POR AMBETTER DEL AFILIADO(A) _____

CANTIDAD APLICADA AL DEDUCIBLE CON LA COMPAÑÍA ANTERIOR _____

INCLUIR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PAGO DE LA COMPAÑÍA PREVIA (Consulte las instrucciones para ver los detalles)

Para los afiliados de Ambetter de WellCare of New Jersey El remanente del deducible se aplica solamente a aquellos servicios que son beneficios cubiertos bajo la parte médica de su contrato.

IMPORTANTE:

LEA LAS INSTRUCCIONES Y LOS REQUISITOS DEL REMANENTE ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO ADJUNTO

NOTA PARA EL(LA) SUSCRIPTOR(A)

Crédito de deducible: Durante el primer Año de Calendario de esta Póliza, la persona cubierta recibirá un crédito por todas las cantidades deducibles satisfechas en coberturas previas dentro del mismo Año de Calendario en el que empieza su primer Año de Calendario con esta Póliza pero solo si **no ha habido ningún lapso en la cobertura** entre la cobertura previa y esta Póliza.

Este crédito se aplicará tanto si la cobertura previa era con uno de nuestros planes o con otra Compañía. Se le pedirá que nos proporcione la documentación adecuada de las cantidades satisfechas.

Nota: No existe un crédito de coseguro de coberturas previas [a no ser que la Persona cubierta tenga derecho a la reducción del costo compartido bajo la ley Federal y como resultado de un cambio en elegibilidad reemplaza una póliza previa que Nosotros hemos emitido con esta Póliza en la que las dos pólizas tienen la misma clasificación de cobertura y solo si no ha habido ningún lapso en la cobertura entre la póliza previa y esta Póliza.] Además, no hay transferencia al siguiente Año de calendario.

INSTRUCCIONES PARA EL(LA) SUSCRIPTOR(A)

Con el fin de facilitar rápidamente su petición asegúrese de que ha llenado todos los campos en este formulario y que ha presentado toda la documentación de apoyo cuando presente el formulario.

1. Tiene que presentar prueba de la información sobre el costo compartido de la compañía de seguros previa, inclusive todos los Deducibles y la cantidad máxima de los gastos de bolsillo incurridos durante el periodo entre la fecha de entrada en vigor y la fecha de terminación de su póliza previa. Note que la información sobre el costo compartido de la compañía previa se debe suministrar como la Explicación de Beneficios (EOB) o carta oficial con el encabezado de la Compañía anterior.
2. Marque la casilla para indicar si este plan es un Plan de familia individual o un Plan del empleador.
3. Proporcione el nombre completo; Nombre de pila y Segundo nombre, dirección completa, ciudad, estado, código postal y número de teléfono.
4. Si estuvo en una póliza de plan familiar, introduzca su número de póliza como número de ID del(de la) SUSCRIPTOR(A). **Nota:** si su póliza estaba incluida en un plan del empleador, llene los detalles del Grupo (Empleador).
5. Incluya su número de ID emitido por Ambetter.
6. Indique el total de deducible que se muestra en la información de comprobación del costo compartido.
7. Proporcione la fecha de entrada en vigor y la fecha de terminación de su póliza.
8. Incluya una lista de todos los nombres que usó en todas sus pólizas previas.

INSTRUCCIONES PARA LOS DEPENDIENTES

Con el fin de facilitar rápidamente su petición asegúrese de que ha llenado todos los campos en este formulario y que ha presentado toda la documentación de apoyo cuando presente el formulario.

1. Tiene que presentar prueba de la información sobre el costo compartido de la compañía de seguros previa, incluyendo todos los Deducibles y la cantidad máxima de los gastos de bolsillo incurridos durante el periodo entre la fecha de entrada en vigor y la fecha de terminación de su póliza previa. Note que la información sobre el costo compartido de la compañía previa debe ser la Explicación de Beneficios (EOB) o una carta oficial con el encabezado de la Compañía previa.
2. Proporcione el nombre completo; Nombre de pila Apellido y Segundo nombre, Fecha de nacimiento.
3. Indique qué parentesco tienen el(la) dependiente y el(la) SUSCRIPTOR(A).
4. Incluya el número de ID emitido por Ambetter del(de la) dependiente.
5. Indique el total de deducible que se muestra en la información de comprobación del costo compartido.
6. Una vez completado envíe el formulario de solicitud y la información sobre la prueba del costo compartido a:

Ambetter of WellCare of New Jersey
Atención: Accumulator Department
480 Crosspoint Parkway
Getzville, NY 14068

Declaración de no discriminación

Ambetter de WellCare of New Jersey cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de WellCare of New Jersey no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de WellCare of New Jersey:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de WellCare of New Jersey 1-844-606-1926 (TTY 711).

Si cree que Ambetter de WellCare of New Jersey no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from WellCare of New Jersey, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-844-606-1926 (TTY 711), Fax 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de WellCare of New Jersey está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: 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 reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from WellCare of New Jersey, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-606-1926 (TTY 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from WellCare of New Jersey 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-844-606-1926 (TTY 711)。
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from WellCare of New Jersey 에 관해서 질문이 있다면 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-606-1926 (TTY 711) 번으로 전화하십시오.
Portuguese:	Se você ou alguém que estiver a ajudar tiver dúvidas sobre a Ambetter from WellCare of New Jersey, tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-606-1926 (TTY 711).
Gujarati:	જો તમને, અથવા તમે કોઈની મદદ કરી રહ્યાં હોવ તો, Ambetter from WellCare of New Jersey વિશે કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, તમને કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુ.ભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, 1-844-606-1926 (TTY 711) ઉપર કોલ કરો.
Polish:	Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów oferowanych za pośrednictwem Ambetter from WellCare of New Jersey, to macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-844-606-1926 (TTY 711).
Italian:	Nel caso in cui Lei, o una persona che Lei sta aiutando, dovesse avere domande su Ambetter from WellCare of New Jersey, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiamare il 1-844-606-1926 (TTY 711).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from WellCare of New Jersey ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-606-1926 (TTY 711).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from WellCare of New Jersey, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-606-1926 (TTY 711).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from WellCare of New Jersey вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-606-1926 (TTY 711).
French Creole:	Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from WellCare of New Jersey, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-844-606-1926 (TTY 711).
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from WellCare of New Jersey के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-844-606-1926 (TTY 711) पर कॉल करें।
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from WellCare of New Jersey, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-606-1926 (TTY 711).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from WellCare of New Jersey, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez-le 1-844-606-1926 (TTY 711).
Urdu:	اگر Ambetter from WellCare of New Jersey کے بارے میں آپ کے، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں، ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے 1-844-606-1926 (TTY 711) پر کال کریں۔