Horizon

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Making Healthcare Work.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO PARA PEQUEÑOS GRUPOS

Enviar por correo postal a: Horizon BCBSNJ
Attn: Inscrpción a grupos pequeños
P.O. Box 607 Department A
Newark, NJ 07101-0607

REINICIAR

Enviar por correo postal a:
small_group_maintenance_enrollment_team@HorizonBlue.com
Fax (973) 274-2227
HorizonBlue.com

Información del grupo -debe ser completada por el empleador.

Nombre del grupo: _____ Número de grupo: _____

Número del subgrupo: _____ ☐ Inscripción de un nuevo suscriptor

Fecha de contratación: _____/_____/_____ Fecha de entrada en vigor/Fecha del suceso: _____/_____/_____

Razón del cambio: _____

A. Tipo de actividad – debe ser completada por el empleador.

Consulte las instrucciones antes de completar este formulario. Escriba claramente

☐ **AGREGAR** ☐ **RETIRAR** ☐ **OTRO CAMBIO**	**Fecha de entrada en vigor/Fecha del suceso**	**Razón del cambio**
☐ Cónyuge	_____/_____/_____	_____
☐ Pareja en unión civil (CUP)	_____/_____/_____	_____
☐ Pareja de hecho (DP)	_____/_____/_____	_____
☐ Hijo dependiente	_____/_____/_____	_____
☐ Hijo mayor como dependiente menor de 31años *(Complete la sección de continuación de cobertura)*	_____/_____/_____	_____
☐ Cambio de nombre	_____/_____/_____	_____
☐ Cambio de plan	_____/_____/_____	_____
☐ Otro	_____/_____/_____	_____

CONTINUACIÓN DE COBERTURA

☐ **Para empleados** Facturación: ☒ Grupo

Fecha de pérdida de la cobertura _____/_____/_____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____/_____/_____

☐ Discapacidad total* ☐ COBRA/NJSGC Duración de la continuación (en meses): ☐ 18 ☐ 29

**Adjunte la prueba de discapacidad.*

☐ **Para el cónyuge/pareja en unión libre*/pareja de hecho** Facturación: ☒ Grupo

Fecha de pérdida de la cobertura _____/_____/_____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____/_____/_____

☐ COBRA/NJSGC Duración de la continuación (en meses): ☐ 18 ☐ 29 ☐ 36

**Las parejas en unión civil son elegibles para hacer una elección, conforme a NJSGC, si aplica.*

☐ **Para dependientes o hijos mayores**

☐ COBRA/NJSGC Duración de la continuación (en meses): ☐ 18 ☐ 29 ☐ 36 Facturación: ☒ Grupo

Fecha de pérdida de la cobertura _____/_____/_____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____/_____/_____

☐ Dependiente menor de 31 años Facturación: ☒ Hogar

Fecha de pérdida de la cobertura _____/_____/_____ Evento calificado #** _____ Fecha del evento calificado _____/_____/_____

Dirección de la casa: _____

***Consulte la lista de los números de los eventos calificados en las instrucciones.*

B. Información del empleado – debe ser completada por el empleado.

☐ **AGREGAR** ☐ **RETIRAR** ☐ **CONTINUACIÓN** ☐ **OTRO CAMBIO**

Si un nombre cambia, indique el nombre anterior: _____

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.° de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo _____

Dirección de la residencia _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la residencia _____ Correo electrónico _____

Nombre del empleador _____ Fecha de contratación _____/_____/_____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Horas de trabajo por semana _____ Teléfono del lugar de trabajo _____ Correo electrónico _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

N.° de NPI _____ Código Loc _____

Otra cobertura de salud ☐ Sí ☐ No, Si la respuesta es sí, nombre del pagador _____

N.° de póliza _____ N.° de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Número de identificación del consultorio del dentista (si aplica) _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

Se puede usar una copia de esta solicitud como tarjeta provisional de asegurado durante 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor, si el empleador lo autoriza. Debe verificar primero la cobertura con Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. antes de consultar a un médico o ser admitido en un hospital.

C. Raza/Etnia – debe ser completada por el empleado, a su discreción.

NOTA: Agradecemos su respuesta, pero ¡NO es obligatoria! Elija la categoría que mejor lo describa:

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Afroamericano, no de origen hispano
☐ Hispano ☐ Asiático o de una isla del Pacífico ☐ Blanco, no de origen hispano

D.Opciones de planes – debe ser completada por el empleado. Consulte las instrucciones para los derechos de continuación disponibles.

Opción de planes médicos. ***Marque una opción:***

☐ Horizon Advantage Direct Access ☐ PCMH Advantage EPO
☐ Horizon Advantage Direct Access (HSA) ☐ OMNIA
☐ Horizon Advantage EPO (HSA) ☐ OMNIA (HSA)
☐ Horizon Advantage EPO ☐ Otra _____

Seleccione una opción de cobertura: ☐ I ☐ F ☐ Eo/Ea ☐ CUP ☐ DP ☐ P/H

Plan dental pediátrico y dental pediátrico familiar. ***Marque una opción:***

☐ Horizon Young Grins (solo proporciona beneficios para asegurados menores de 19 años)
☐ Horizon Family Grins
☐ Horizon Family Grins Plus

Seleccione una opción de cobertura: ☐ I ☐ F ☐ Eo/Ea ☐ CUP ☐ DP ☐ P/H

Plan dental familiar. ***Marque una opción:***

☐ Opción de plan Horizon Dental ☐ Horizon Dental Choice
☐ Horizon Dental PPO ☐ Horizon Healthy Smiles
☐ Horizon Dental PPO Access ☐ Horizon Healthy Smiles Plus
☐ Horizon Dental Companion

Seleccione una opción de cobertura: ☐ I ☐ F ☐ Eo/Ea ☐ CUP ☐ DP ☐ P/H

Opción de planes para la vista. ***Marque una opción:***

☐ Horizon Expanse V ☐ Horizon Panorama IV (Alt A) ☐ Horizon Vista II
☐ Horizon Expanse VII (Alt A) ☐ Horizon Panorama IV (Alt B) ☐ Horizon Vista III
☐ Horizon Expanse VII (Alt B) ☐ Horizon Vista IV
☐ Horizon Expanse VIII

Seleccione una opción de cobertura: ☐ I ☐ F ☐ Eo/Ea ☐ CUP ☐ DP ☐ P/H

I = individual F = Familia Eo/Ea = esposo/esposa CUP = pareja en unión libre DP = pareja de hecho P/H = padre/hijo(s)

E. Otras personas cubiertas bajo la póliza – debe ser completada por el empleado.

Identifique a las personas aparte de usted para quienes está agregando/cambiando/eliminando/continuando la cobertura.
Adjunte hojas adicionales con su firma y la fecha, si es necesario. Adjunte la prueba de discapacidad.

CÓNYUGE/CUP/DP ☐ **AGREGAR** ☐ **RETIRAR** ☐ **CONTINUACIÓN PARA EL CÓNYUGE (COBRA/NJSGC)**
☐ **CONTINUACIÓN PARA PAREJA EN UNIÓN LIBRE (NJSGC)** ☐ **CONTINUACIÓN PARA PAREJA DE HECHO (NJSGC)**

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.° de Seguridad Social # _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

N.° de NPI _____ Código Loc _____

Otra cobertura de salud ☐ Sí ☐ No, Si la respuesta es sí, nombre del pagador _____

N.° de póliza _____ N.° de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Número de identificación del consultorio del dentista (si aplica) _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

¿Empleado? ☐ Sí ☐ No *Si la respuesta es Sí, complete la sección F*

1. Hijo ☐ **AGREGAR** ☐ **ELIMINAR** ☐ **CONTINUACIÓN** ☐ **OTRO CAMBIO**

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.° de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo_____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

N.° de NPI _____ Código Loc _____

Otra cobertura de salud ☐ Sí ☐ No,si la respuesta es sí, nombre del pagador _____

N.° de póliza _____ N.° de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Número de identificación del consultorio del dentista (si aplica) _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

Explique si el apellido es diferente al del empleado: _____

¿Vive con el empleado? ☐ Sí ☐ No *Si la respuesta es No, complete la sección G*

2. Hijo ☐ **AGREGAR** ☐ **RETIRAR** ☐ **CONTINUACIÓN** ☐ **OTRO CAMBIO**

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.° de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo_____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

N.° de NPI _____ Código Loc _____

Otra cobertura de salud ☐ Sí ☐ No, si la respuesta es sí, nombre del pagador _____

N.° de póliza _____ N.° de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Número de identificación del consultorio del dentista (si aplica) _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

Explique si el apellido es diferente al del empleado: _____

¿Vive con el empleado? ☐ Sí ☐ No *Si la respuesta es No, complete la sección G*

F. Información adicional del cónyuge /CUP/DP – debe ser completada por el empleado. *Si no aplica, márquela como NA.*

1. Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador _____

   Dirección del empleador _____

   Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

G. Información adicional de los hijos – debe ser completada por el empleado.

Proporcione información a continuación acerca de los hijos enumerados en la sección E, si tienen una dirección diferente a la del empleado. Si hay varios niños en una dirección, puede mencionarlos juntos. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario, firmadas y con la fecha que haya colocado usted.

Nombre _____

Dirección _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Razón _____

Nombre _____

Dirección _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Razón _____

_____

2. Hijo ☐ **AGREGAR** ☐ **ELIMINAR** ☐ **CONTINUACIÓN** ☐ **OTRO CAMBIO**

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre _____

N.° de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo_____

Nombre del médico de atención primaria _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

N.° de NPI _____ Código Loc _____

Otra cobertura de salud ☐ Sí ☐ No,si la respuesta es sí, nombre del pagador _____

N.° de póliza _____ N.° de identificación de Medicare, si lo tiene _____

Número de identificación del consultorio del dentista (si aplica) _____ Es paciente actual ☐ Sí ☐ No

Explique si el apellido es diferente al del empleado: _____

¿Vive con el empleado? ☐ Sí ☐ No *Si la respuesta es No, complete la sección G*

F. Información adicional del cónyuge /CUP/DP – debe ser completada por el empleado. *Si no aplica, márquela como NA.*

1. Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador _____

   Dirección del empleador _____

   Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

G. Información adicional de los hijos – debe ser completada por el empleado.

Proporcione información a continuación acerca de los hijos enumerados en la sección E, si tienen una dirección diferente a la del empleado. Si hay varios niños en una dirección, puede mencionarlos juntos. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario, firmadas y con la fecha que haya colocado usted.

Nombre _____

Dirección _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Razón _____

Nombre _____

Dirección _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Razón _____

H. Firma del empleado

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa. Por este medio acepto las Condiciones de inscripción establecidas en este formulario de solicitud de inscripción/cambio. Autorizo deducir de mi salario cualquier contribución que sea necesaria.

Firma: _____ Fecha: _____/_____/_____

I. Firma de hijo mayor

Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud acerca de la elección de continuación del dependiente menor de 31 años es verdadera y completa.
Por este medio acepto las Condiciones de inscripción establecidas en este formulario de solicitud de inscripción/cambio.
Por la presente, acepto pagar las primas requeridas para la elección de continuación del dependiente menor de 31 años.

Firma: _____ Fecha: _____/_____/_____

J. Verificación del empleador

El empleador aprueba la actividad requerida y la considera elegible.

Representante del empleador: _____ Fecha: _____/_____/_____

Título del representante: _____

Instrucciones para los empleadores
Usted debe completar la Información del grupo y las secciones A y J para que esta solicitud sea procesada.

Empleados
Usted debe completar desde la sección B hasta la H y enviar la firma de cada hijo mayor para el cual se solicite la elección de continuación para dependiente menor de 31 años, conforme a la sección I para que esta solicitud sea procesada.

- ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE excepto cuando se solicite una firma.
- Si un dependiente es discapacitado y usted quiere continuar con su cobertura médica y/o cobertura dental familiar después de los 26 años, no tiene que hacer una elección para COBRA/NJSGC o para dependiente menor de 31 años. En su lugar, seleccione "Otro" en la sección A y adjunte la prueba de discapacidad.
- Para planes dentales pediátricos y planes dentales familiares pediátricos, Discapacidad total y COBRA están disponibles opciones de continuación; NJSGC y para dependiente menor de 31 años no están disponibles. Para planes para la vista, Discapacidad total y COBRA están disponibles opciones de continuación; NJSGC y para dependiente menor de 31 años no están disponibles.
- Para las opciones Horizon Dental, Horizon Dental PPO, Horizon Dental PPO Access y Horizon Dental Choice, si el dependiente es un estudiante de universidad de tiempo completo, debe adjuntar un programa actual de los cursos o una carta de la institución que confirme que es estudiante de tiempo completo (12 o más créditos).
- Usted puede obtener los nombres correctos de los profesionales de la salud en el directorio de profesionales médicos correspondiente. También puede obtener el número de NPI de cada profesional de la salud y el código LOC de este directorio o en: **www.HorizonBlue.com**. Los profesionales de la salud con varias ubicaciones de consultorios y los profesionales individuales que pertenecen a más de una clínica o entidad de profesionales podrían tener más de un número de NPI. Debe confirmar el número de NPI correcto del profesional de la salud específico y la ubicación del consultorio donde lo atenderán, al comunicarse a ese consultorio directamente.
- Si la opción de plan seleccionado es Horizon Dental Choice, localice en el directorio de proveedores apropiado el código alfanumérico de identificación del consultorio del dentista. Indique la selección del número de identificación y el número NPI en el formulario.
- Si usted es paciente actual, marque la casilla "Es paciente actual". (Solo aplica si la opción de plan seleccionada es Horizon Dental Choice).
- Si elige el plan Horizon Young Grins, solo los asegurados menores de 19 años reciben beneficios.
- Si elige la opción Planes para la vista, todos los asegurados deben ser mayores de 19 años para calificar.

Eventos calificados

COBRA y NJSGC
C1. Finalización del contrato de trabajo o reducción de horas
C2. Inscripción del empleado en Medicare (solo COBRA)
C3. Divorcio (COBRA/NJSGC); disolución de la unión libre (NJSGC) o terminación de la pareja de hecho (NJSGC)
C4. Muerte del empleado
C5. Pérdida del estatus de hijo dependiente (sobrepasa la edad) bajo el plan.
C6. Discapacidad (ocurrida después de otro evento calificado) del dependiente menor de 31 años
D1. Pérdida del estatus de dependiente (sobrepasa la edad) o elegible de otra manera
D2. Recuperación de la elegibilidad: residencia
D3. Recuperación de la elegibilidad: estudiante de tiempo completo no residente
D4. Recuperación de la elegibilidad: cambio del estado civil
D5. Recuperación de la elegibilidad: cambio del estatus paternal
D6. Recuperación de la elegibilidad: terminación de otra cobertura

Condiciones para la inscripción, aceptación del solicitante y acuerdos

En mi nombre y en nombre de los dependientes que se incluyen en esta solicitud de inscripción/cambio, declaro que:

1. Autorizo a cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica u otra institución de atención médica, compañía aseguradora, agencia de elaboración de informes del consumidor y cualquier empleador para que le dé a Horizon BCBSNJ1 o a cualquier agencia de elaboración de informes del consumidor que actúe en nombre de Horizon BCBSNJ, información relacionada con un empleo, otra cobertura médica y asesoría médica, tratamiento o suministros para cualquier afección física o mental relacionada conmigo o con un dependiente menor que solicite cobertura. Acepto que esta autorización será válida durante 30 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de inscripción/cambio, a menos que se revoque en una fecha previa.
2. Acepto que, si revoco esta autorización antes de su vencimiento, esta revocación no afectará ninguna acción que Horizon BCBSNJ haya tomado con base en la autorización.
3. Entiendo que podría recibir una copia de esta autorización si la solicito.
4. Acepto que Horizon BCBSNJ proveerá la cobertura de acuerdo con los términos del contrato para el plan/póliza grupal.
5. Acepto que la provisión de la cobertura y los beneficios dependen del pago de las primas y pueden ser cancelados de acuerdo con los términos del plan/póliza grupal si las primas no se pagan a tiempo. Autorizo a mi empleador a retener los pagos de mi salario como contribución a la prima, según sea apropiado

Declaraciones falsas

Cualquier persona que incluya una declaración falsa o información engañosa en un formulario de inscripción/cambio para un plan de beneficios médicos está sujeta a sanciones criminales y civiles.

Aviso general de derechos de inscripción especial

Avisos:
Si rechaza la inscripción bajo su plan grupal de beneficios médicos para usted y/o sus dependientes (si el plan incluye cobertura para dependientes) debido a la cobertura de otro seguro médico u otra cobertura de plan grupal de beneficios médicos, podrá inscribirse usted y a sus dependientes en este plan grupal de beneficios médicos si usted o los dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el otro empleador deja de realizar las contribuciones correspondientes para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, si la otra cobertura era la continuación de cobertura bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, en inglés), usted debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que la cobertura de COBRA finalice. Si la otra cobertura era la continuación de cobertura COBRA, usted debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 90 días después del fin de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el otro empleador deje de realizar las contribuciones correspondientes para la otra cobertura). Además, si este plan incluye cobertura para dependientes y obtiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o colocación en cuidado temporal debe poder inscribirse usted y a sus dependientes bajo este plan después de haber rechazado la cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 31 días después del nacimiento del hijo o 30 días después después matrimonio, adopción, colocación para adopción o colocación en cuidado temporal. Si usted rechaza la cobertura bajo este plan, es posible que se le pida que declare por escrito que el rechazo fue debido a la existencia de otra cobertura de salud. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su departamento de beneficios o el representante del personal.

Aviso de continuación de cobertura para dependientes menores de 31 años

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey facturará directamente a los dependientes mayores y los asegurados pagarán la prima directamente a Horizon BCBSNJ. Cuando se escoge la continuación de cobertura para dependientes menores de 31 años, la dirección de la casa debe completarse en la sección A – "Tipo de actividad", aun si es la misma dirección del empleado.

Nota importante:

- Aunque los empleados deben continuar su elegibilidad bajo el plan del dependiente para que la cobertura del dependiente continúe, además de los criterios de elegibilidad adicionales, la cobertura para los dependientes será emitida como una cobertura independiente. Aplicarán todos los requerimientos de costo compartidos y las limitaciones y no podrán combinarse con la póliza del empleado. Por consiguiente, los gastos cubiertos incurridos por los dependientes mayores no contarán para los deducibles familiares y las cantidades máximas de gasto de bolsillo. Asimismo, los gastos incurridos por la familia no contarán para los deducibles ni las cantidades máximas de gastos de bolsillo de la cobertura del dependiente mayor.

Por la presente, el suscriptor del grupo en su nombre y en el de sus participantes reconoce que comprende que este acuerdo constituye solamente un contrato entre el suscriptor y Horizon BCBSNJ, la cual es una corporación independiente que opera bajo licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la "Asociación") que permite a Horizon BCBSNJ el uso de la marca de servicios de Blue Cross and Blue Shield en el estado de New Jersey, y que Horizon BCBSNJ no es contratante como agente de la Asociación. El suscriptor del grupo en su nombre y en el de sus participantes reconoce y acepta también que no se ha celebrado este acuerdo en base a declaraciones hechas por cualquier otra persona diferente a Horizon BCBSNJ y que ninguna persona, entidad u organización diferente a Horizon BCBSNJ debe ser considerada como responsable u obligada ante el suscriptor del grupo por cualquiera de las obligaciones de Horizon BCBSNJ con el suscriptor del grupo, creadas bajo este acuerdo. Este párrafo no constituye de ninguna manera una obligación adicional de parte de Horizon BCBSNJ, aparte de las obligaciones creadas bajo las disposiciones de este acuerdo.

Los servicios y los productos pueden ser proporcionados por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., Horizon Healthcare Dental, Inc., y los productos y pólizas pueden ser proporcionados por Horizon Insurance Company, cada uno de los cuales es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Los comunicados son emitidos por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, en su calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías.

[1] Horizon BCBSNJ se refiere a Horizon Healthcare Services, Inc., cuyo nombre comercial es Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey o cualquiera de sus subsidiarias de propiedad exclusiva, incluyendo Horizon Insurance Company, Horizon Healthcare Dental, Inc., y Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., cuyo nombre comercial es Horizon NJ Health.

Horizon
Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Three Penn Plaza East
Newark, NJ 07105-2200
HorizonBlue.com

Notice of Nondiscrimination

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Horizon BCBSNJ does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Horizon BCBSNJ provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact Horizon BCBSNJ's Director of Regulatory Compliance at the phone number, fax or email listed below.

If you believe that Horizon BCBSNJ has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Horizon BCBSNJ – Director, Regulatory Compliance
Three Penn Plaza East, PP-16C
Newark, NJ 07105
Phone: 1-800-658-6781
Fax: 1-973-466-7759
Email: ComplianceAndEthicsOffice@HorizonBlue.com

You can file a grievance in person, or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, Horizon BCBSNJ's Director of Regulatory Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, or by mail or phone at:

Office for Civil Rights Headquarters
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 or **1-800-537-7697** (TDD)

Complaint forms are available at **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association.

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

If you need help understanding this Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey information, you have the right to get help in your language at no cost to you. To talk to an interpreter, please call **1-800-355-BLUE (2583)** during normal business hours.

Spanish (Español): Si necesita ayuda para comprender esta información de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, usted tiene el derecho de obtener ayuda en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, sírvase llamar al **1-855-477-AZUL (2985)** durante el horario normal de trabajo.

Chinese (中文)：如果您需要幫助來理解這份新澤西州地平線藍十字藍盾 (Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey)資料，您有權免費獲得以您的語言提供的協助。欲聯絡翻譯人員，請於上班時間致電 **1-800-355-BLUE (2583)**。

Korean (한국어): 가입자는 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey에 관한 정보를 이해하기 위해 주로 사용하는 언어로 무료로 도움을 받을 권리가 있습니다. 통역사의 도움을 받으려면 정상 업무 시간 동안에 **1-800-355-BLUE (2583)**로 전화해 주십시오.

Portuguese (Português): Se precisar de ajuda para entender estas informações da Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, você tem o direito de receber gratuitamente assistência no seu idioma. Para falar com um intérprete, ligue para: **1-800-355-BLUE (2583)** no horário normal de trabalho.

Gujarati (ગુજરાતી): જો તમને આ ન્યુ જર્સી માહિતીનાં હોરાઈઝન્સ બ્લૂ ક્રોસ બ્લૂ શીલ્ડને સમજવા મદદની જરૂર હોય તો, તમને તમારી ભાષામાં કોઈ પણ ખર્ચ વગર મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. કોઈ દુભાષિયા સાથે વાત કરવા, કૃપા કરીને સામાન્ય બિઝનેસ કલાકો દરમિયાન **1-800-355-BLUE (2583)** પર ફોન કરો .

Polish (Polski): Jeżeli potrzebujesz pomocy, aby zrozumieć informacje planu Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, masz prawo poprosić o bezpłatną pomoc w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer **1-800-355-BLUE (2583)** podczas normalnych godzin pracy.

Italian (Italiano): Se vi serve aiuto per capire queste informazioni della Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, avete diritto ad assistenza gratis nella vostra lingua. Per parlare con un interprete, siete pregati di telefonare al numero **1-800-355-BLUE (2583)** durante le normali ore d'ufficio.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan mo ng tulong sa pag-unawa nitong impormasyon ng Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, may karapatan kang humingi ng tulong sa iyong wika nang walang gastos sa iyo. Upang makipag-usap sa isang taga-interpret, mangyaring tumawag sa **1-800-355-BLUE (2583)** sa loob ng karaniwang mga oras ng negosyo.

An Independent Licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association.

Russian (Русский язык): Если вам необходима помощь в разъяснении этой информации, предоставленной компанией Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, у вас есть право на получение помощи на вашем родном языке бесплатно. Для связи с переводчиком звоните по номеру телефона **1-800-355-BLUE (2583)** в обычные рабочие часы.

Haitian Creole (Kreyòl ayisyen): Si ou bezwen èd pou konprann enfòmasyon sou Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, ou gen dwa pou jwenn èd nan lang natifnatal ou gratis. Pou pale avèk yon entèprèt, tanpri rele nimewo **1-800-355-BLUE (2583)** pandan lè nòmal biznis.

Hindi (हिंदी): यदि आपको न्यू जर्सी की इस होराइज़न ब्लू क्रॉस ब्लू शील्ड सूचना को समझने में सहायता की ज़रूरत है, तो आपके पास मुफ्त में अपनी भाषा में सहायता पाने का अधिकार है। किसी दुभाषिए से बात करने के लिए, कृपया सामान्य कार्य समय के दौरान **1-800-355-BLUE (2583)** पर कॉल करें।

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông tin này của Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, quý vị có quyền được giúp đỡ bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số **1-800-355-BLUE (2583)** trong giờ làm việc để nói chuyện với người thông dịch.

French (Français): Si vous avez besoin d’assistance pour comprendre ces informations au sujet de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, vous avez le droit d’obtenir de l’aide dans votre langue, sans aucun frais. Pour parler avec un interprète, veuillez appeler le **1-800-355-BLUE (2583)** pendant les heures normales de bureau.

Navajo (Diné): Díí New Jersey bił hahoodzo Horizon Blue Cross Blue Shield, t’áá ninizaad k’ehjí baa hane’íí bik’i diitįįh bee shiká’ a’doowoł nínízingo éí bee ná’ahoot’i’ dóó doo bąąh ílíní da. Ata’ halne’é ła’ bich’į’ hadeesdzih nínízingo t’áá shǫǫdí **1-800-355-BLUE (2583)**jį’ nida’anishgo oolkiłíí bik’ehgo hodíílnih.

Arabic (عربي): إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في فهم معلومات Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey، لديك الحق في الحصول على المساعدة بلغتك دون تحملك أية تكلفة. للتكلم مع مترجم، يرجى الاتصال خلال ساعات العمل العادية بالرقم **1-800-355-BLUE (2583)**.

Urdu (**اردو**): اگر آپ کو نیوجرسی انفارمیشن کے اس آسمانی نیلے رنگ والے تیز نیلے رنگ والے شیلڈ کو سمجھنے میں مدد کی ضرورت ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں بغیر کسی خرچ کے مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، براہ کرم، معمول کے کاروباری اوقات میں **1-800-355-BLUE (2583)** پر کال کریں۔