



**Inscríbete hoy en el plan Horizon Individual Dental.**

Ingresa la información completa para cada miembro de la familia/individuo que deseas inscribir en el plan Horizon Individual Dental. Debes completar toda la información para que se procese tu inscripción. Visita [HorizonBlue.com/Dental](http://HorizonBlue.com/Dental) para encontrar un consultorio odontológico participante y el número de ID de oficina odontológica. Los niños menores de 19 años deben inscribirse con al menos un padre/tutor. Los jóvenes de 19 a 23 años deben ser estudiantes de tiempo completo para inscribirse con una tarifa para niño. Si tienes preguntas o necesitas ayuda para completar este formulario, llama a Servicio al Cliente al **1-855-648-1400**.

PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO M/F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	N.º DE ID DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
			MES	DÍA	AÑO			
								NJ
								NJ
								NJ
								NJ
								NJ
								NJ

**Tu información de contacto**

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono diurno		Dirección de correo electrónico	

**Monto adeudado**

Número de adultos para la inscripción _____	Número de niños para la inscripción _____	Monto total adeudado \$ _____
Tarifa para adulto anual: \$187.20		Tarifa para niño anual: \$71.14

**Selecciona una opción de pago**

**Pago adjunto.** *Cheque o giro postal pagadero a: Horizon Healthcare Dental, Inc. Cuando realizas tu pago con cheque, nos autorizas a usar la información de tu cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos única desde tu cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheque.*

**Retiro directo de una cuenta corriente/de ahorro**

Nombre de la cuenta \_\_\_\_\_ Nombre del banco \_\_\_\_\_

Número identificador del banco (routing #) \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

**Selecciona una:**  **Tarjeta de crédito**  **Tarjeta de débito**  **MasterCard®**  **Visa®**

Número de tarjeta de crédito/débito \_\_\_\_\_ Fecha de venc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Código de seguridad \_\_\_\_\_

Nombre tal como aparece en la tarjeta de crédito/débito \_\_\_\_\_

Firma del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma**

Fecha de entrada en vigencia: si recibimos la solicitud completa y el pago antes del día 15 del mes, la fecha de entrada en vigencia es el 1° del mes siguiente. Si los recibimos después del 15, la fecha de entrada en vigencia es el 1° de mes al mes siguiente.

**Firma del solicitante adulto** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## Aviso de no discriminación

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente en función de su raza, color, género, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, embarazo, identidad de género, sexo, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, lo que incluye la inscripción y la determinación de los beneficios.

Horizon BCBSNJ ofrece ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros en forma efectiva, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros idiomas.

### Información de Contacto: Ayuda para Miembros

Si necesitas ayuda, por favor llama al **1-800-355-BLUE (2583) (TTY/TDD 711)** para hablar con un representante de servicio para miembros. También puedes llamar al **número de teléfono que aparece al dorso de tu tarjeta ID de miembro** para recibir la ayuda y/o servicios mencionados arriba o para obtener **cualquier otra ayuda de servicio para miembros que necesites incluyendo:**

- **Consultas sobre reclamaciones, beneficios o inscripción**
- **Pérdida/robo de tarjetas ID de miembro**
- **Cambios de domicilio**
- **Cualquier otra consulta relacionada con tus beneficios o plan de salud**

### Presentación de un Reclamo de la Sección 1557

Si crees que Horizon BCBSNJ no proporcionó las ayudas y servicios de comunicación gratuitos, o fue discriminatoria en función de la raza, género, nacionalidad de origen, edad o discapacidad, puedes presentar una queja por discriminación, también conocida como Reclamo de la Sección 1557. Puedes comunicarte con el Coordinador de Derechos Civiles de Horizon BCBSNJ llamando al número de Servicios para miembros que se encuentra al dorso de tu tarjeta de ID de miembro o escribiendo a la siguiente dirección:

**Horizon BCBSNJ – Civil Rights Coordinator  
PO Box 820  
Newark, NJ 07101**

También puedes presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud y Humanos de EE.UU. en forma electrónica en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

**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 o 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de Queja de OCR están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).



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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)**。

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 **1-800-4DENTAL (6825)**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: **1-800-4DENTAL (6825)** 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 ક્લાકો દરમિયાન **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** sa loob ng karaniwang mga oras ng negosyo.

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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** pandan lè nòmal biznis.

Hindi (हिंदी): यदि आपको न्यू जर्सी की इस होराइजन 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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** 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 **1-800-4DENTAL (6825)** pendant les heures normales de bureau.

Navajo (Diné): Díí New Jersey bíł hahoodzo Horizon Blue Cross Blue Shield, t'áá ninizaad k'ehjí baa hane'íí bik'i diitííh bee shiká' a'doowoł nínízingo éí bee ná'ahoot'i' dóo doo bááh ílíní da. Ata' halne'é ła' bich'i' hadeesdzih nínízingo t'áá shqodí **1-800-4DENTAL (6825)**ji' nida'anishgo ookilíí 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 تحميلك أية تكلفة. للتكلم مع مترجم، يرجى الاتصال خلال ساعات العمل العادية بالرقم **1-800-4DENTAL (6825)**.

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 **1-800-4DENTAL (6825)** پر کال کریں۔