



Maryland Health Insurance Plan

Administered by CareFirst BlueCross BlueShield and CareFirst BlueChoice, Inc. Administrado por CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc.

5965 Sandy Ridge Elkridge, MD 21075



Enrollment Application Form Formulario de solicitud de inscripción

www.marylandhealthinsuranceplan.state.md.us

1. I am applying for (check plan option): Estoy solicitando (marque la opción del plan):

MHIP MHIP and MHIP+ MHIP y MHIP+

If you are applying for MHIP: Si está solicitando MHIP:

- Check the MHIP benefit option for which you are applying on the first page of the MHIP application; and Marque la opción de beneficio de MHIP que está solicitando en la primera página de la solicitud de MHIP; y
Complete the MHIP application (pages 1-6) Llene la solicitud de MHIP (páginas 1-6)

If you are also applying for MHIP+: Si está solicitando MHIP+:

- Complete the MHIP application (pages 1-6) and the MHIP+ application (page 7) Llene la solicitud de MHIP (páginas 1-6) y la solicitud de MHIP+ (página 7);
Check the MHIP+ benefit option for which you are applying on the MHIP+ application (page 7); Marque la opción de beneficio de MHIP+ que está solicitando en la solicitud de MHIP+ (página 7);
In the event that you do not qualify for MHIP+, check an MHIP benefit option on the first page of the MHIP application; and En caso de que no cumpla los requisitos para solicitar cobertura de MHIP+, marque una opción de beneficio de MHIP en la primera página de la solicitud de MHIP; y

I want the following benefit option: Quisiera la siguiente opción de beneficio:

- HMO HMO
PPO \$500 Deductible PPO \$500 de deducible
PPO \$1,000 Deductible PPO \$1,000 de deducible
PPO \$2,600 High Deductible PPO \$2,600 de deducible alto

2. Complete Applicant Information (Must complete entire section). The Oldest Applicant is the Policyholder.

Llene la información de la solicitud (debe completar toda la sección). El solicitante mayor será el titular de la póliza.

If mailing address is different from home address, please attach mailing address. Si su dirección postal es distinta a su domicilio, por favor adjunte la dirección postal.

Last Name Apellido:
First Name Nombre: MI Inicial del segundo nombre:
Home Address Domicilio:
City Ciudad: State Estado:
Zip Code Código postal: County Condado:
Home Phone Teléfono de la casa:
E-Mail: (If available) Correo electrónico: (Si está disponible)
Name of Authorized Representative or Third-Party Payor Nombre del representante autorizado o del tercero pagador:
Phone Teléfono:
Third-Party Payer Mailing Address Dirección postal del tercero pagador:
City Ciudad: State Estado:
Zip Code Código postal: County Condado:

Social Security Number Número de Seguro Social:
Sex Sexo: Male Masculino Female Femenino
Date of Birth Fecha de nacimiento:
If divorced, date of divorce Si está divorciado, fecha del divorcio:
If married, is spouse employed? Si está casado, ¿trabaja su cónyuge?
Yes Sí No No

Marital Status *Estado civil*:  Married *Casado*  Divorced *Divorciado*  
 Single *Soltero*  Separated *Separado*  Widowed *Viudo*

**3. Indicate Coverage Type for Which You are Applying.**  
*Indique el tipo de cobertura que desea solicitar.*

- Individual *Individual*  Individual & Spouse *Individual y cónyuge*  
 Individual & Child(ren) *Individual e hijo(s)*  Family *Familiar*

**4. Complete Spouse/Dependent/Child Information.**

*Complete la información sobre su cónyuge/dependiente/hijo.*

(Complete ONLY if you want coverage for a spouse and/or dependents. Attach an additional sheet of paper, if necessary.)  
 (Complétela SOLAMENTE si desea cobertura para un cónyuge o dependientes. Adjunte una hoja adicional, si es necesario).

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	MI <i>Inicial del segundo nombre</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Soc. Sec. Number <i>Número de Seguro Social:</i>	Sex <i>Sexo</i>	Spouse/ Cónyuge Child/Hijo	Disabled <i>Incapacitado</i>
					M/F M/F	S/C C/H	Y/N S/N
_____	_____	_____	__ / __ / ____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	__ / __ / ____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	__ / __ / ____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	__ / __ / ____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**5. Indicate Your Employment Status (Must complete the entire section).**  
*Indique su estatus laboral (debe completar toda la sección).*

- Employee *Empleado*  Self-Employed *Trabaja por cuenta propia*  Not Employed *Desempleado*  
 Retired *Jubilado*  Disabled *Incapacitado*

If not employed, date of last employment  
*Si está desempleado, fecha de su último empleo:* \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

If disabled, do you receive Social Security Benefits?  
*Si está incapacitado, ¿recibe beneficios del Seguro Social?*  Yes *Sí*  No *No*

If yes, what date did your Social Security Benefits begin:  
*Si su respuesta es sí, fecha en la que comenzaron sus beneficios del Seguro Social:* \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Name of Employer *Nombre del empleador:* \_\_\_\_\_

Employer Address *Dirección del empleador:* \_\_\_\_\_

City *Ciudad:* \_\_\_\_\_ State *Estado:* \_\_\_\_\_

Zip Code *Código postal:* \_\_\_\_\_

Employer Health Plan available to you through your current or former employer?  
*¿Tiene disponible un plan de salud del empleador a través de su empleador actual o anterior?*  Yes *Sí*  No *No*

If yes, why are you not covered? *Si su respuesta es sí, ¿por qué no tiene cobertura?* \_\_\_\_\_

If no, why is it not available to you? *Si su respuesta es no, ¿por qué no está disponible para usted?* \_\_\_\_\_

Spouse's or parent's employer Health Plan available to you through your spouse's or parent's current or former employer?  
*¿Tiene disponible un plan de salud del empleador de su cónyuge o padre a través del empleador actual o anterior de su cónyuge o padre?*

Yes *Sí* If yes, why are you not covered? *Si su respuesta es sí, ¿por qué no tiene cobertura?* \_\_\_\_\_

No *No* If no, why is it not available to you? *Si su respuesta es no, ¿por qué no está disponible para usted?* \_\_\_\_\_

Work Phone Number  
*Número de teléfono del trabajo:*  
 ( ) \_\_\_\_\_

Occupation *Profesión:*  
 \_\_\_\_\_

**6. You Must Complete ONE of the 5 Sections Below (A, B, C, D, or E) that Represents Your Eligibility Category. Usted tiene que completar UNA de las 5 secciones a continuación (A, B, C, D o E) que represente su categoría de elegibilidad.**

(Check ALL BOXES within that category that apply). See the brochure for REQUIRED eligibility and residency documentation that must accompany your application.

*(Marque TODAS LAS CASILLAS que correspondan dentro de esa categoría). Remítase al folleto para los documentos de elegibilidad y de residencia REQUERIDOS que tienen que acompañar su solicitud.*

**A. Medical Eligibility (Check one that applies).**

In addition to your proof of Maryland residency, you **MUST** attach letter from carrier showing denial, restricted coverage, exclusionary rider or statement denoting higher premium than **MHIP's** due to a medical condition dated within the last six months.

*Elegibilidad médica (marque una que corresponda).*

*Además de la prueba de que usted reside en Maryland, TIENE que adjuntar una carta de la compañía que muestre la denegación, cobertura restringida, cláusula de exclusión o una declaración que indique una prima más alta que la de MHIP debido a una condición médica con fecha dentro de los últimos seis meses.*

I have been denied individual health insurance in the last six months.

*Me negaron seguro médico individual en los últimos seis meses.*

I have, or have been offered, limited or restricted individual health coverage.

*Tengo, o me han ofrecido, cobertura médica individual limitada o restringida.*

I have, or have been offered, individual health insurance that excludes specific medical conditions.

*Tengo, o me han ofrecido, un seguro médico individual que excluye condiciones médicas específicas.*

I have, or have been offered, individual health insurance coverage with a premium rate that exceeds the **MHIP** premium for similar coverage for a health condition.

*Tengo, o me han ofrecido, una cobertura médica individual con una tasa de prima que excede la prima por una condición médica del MHIP para una cobertura similar.*

**B. Health Condition Eligibility. In addition to your proof of Maryland residency, you MUST include a letter from your physician confirming that you have been diagnosed or treated for one of the qualifying medical conditions listed in the brochure.**

*Elegibilidad por condición médica. Además de la prueba de que usted reside en Maryland, TIENE que incluir una carta de su médico que confirme que a usted se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento para una de las condiciones médicas que califican que se enumeran en el folleto.*

Please write below the medical condition from the list on page 4 of the brochure which applies to you. The condition you indicate **MUST** appear on the list **AND** must match exactly the physician's letter validating the condition.

*Por favor escriba a continuación la condición médica de la lista de la página 4 del folleto que corresponde en su caso. La condición que usted indica TIENE que aparecer en la lista Y ADEMÁS tiene que corresponder exactamente con la carta del médico que da validez a la condición.*

---

**C. Loss of Group Coverage-HIPAA (All four statements below MUST apply and be checked).**

Approved HIPAA applicants are not subject to the 6-month pre-existing condition waiting period.

In addition to your proof of Maryland residency, you **MUST** include a Certificate of Creditable coverage showing 18 months of continuous coverage from your carrier or refer to page 19 in the brochure, for a list of alternate documents. *Pérdida de cobertura de grupo-HIPAA (las siguientes cuatro declaraciones TIENEN que aplicar y se tienen que marcar). Los solicitantes de HIPAA aprobados no están sujetos al período de espera de 6 meses por una condición preexistente. Además de la prueba de que usted reside en Maryland, TIENE que incluir un certificado de cobertura acreditable que muestre 18 meses de cobertura continua de su compañía o remítase a la página 19 de su folleto para obtener una lista alternativa de documentos.*

If available, I have elected and exhausted health benefits through COBRA or a similar State or Federal continuation plan.

*Si está disponible, he seleccionado o agotado los beneficios médicos a través de COBRA o un plan estatal o federal similar de continuación de cobertura.*

I have 18 months of recent creditable coverage under a health plan, with my most recent coverage under an employer sponsored, government, or church plan.  
*Tengo 18 meses de cobertura acreditable reciente bajo un plan médico; mi cobertura más reciente fue bajo un plan auspiciado por un empleador, el gobierno o la iglesia.*

I have no more than a 63-day break in coverage.  
*No tengo más de 63 días de interrupción en la cobertura.*

I have not been subject to termination of COBRA coverage because of failure to pay my premium or because of fraud.  
*No he estado sujeto a la finalización de la cobertura de COBRA debido a la falta de pago de mi prima o debido a fraude.*

**D. Transfer from Another High Risk pool. (Both statements below MUST apply and be checked). In addition to your proof of Maryland residency, you MUST include a Certificate of Creditable coverage from your carrier or refer to page 20 of the brochure for a list of alternate documents, to not be subjected to the 6 month pre-existing condition waiting period.**  
***Transferencia de otro fondo de alto riesgo. (Las dos siguientes declaraciones TIENEN que aplicar y se tienen que marcar). Además de su prueba de residencia de Maryland, TIENE que incluir un certificado de cobertura acreditable de su compañía o remítase a la página 20 del folleto para una lista de documentos alternativos para que no se le someta al período de espera de 6 meses por condición preexistente.***

I have permanently moved to Maryland. *Me he mudado permanentemente a Maryland.*

I have transferred from another State High Risk pool with no more than a 63-day break in coverage.  
*Me transferí de otro grupo de alto riesgo estatal con una interrupción de cobertura no mayor de 63 días.*

**E. TAA or PBGC Coverage – Health Coverage Tax Credit HCTC (Check all that apply).**

**In addition to your proof of Maryland residency, attach a copy of your HCTC Eligibility Notice or recent PBGC Benefit Statement.**

***Cobertura de ayuda para los reajustes comerciales (TAA, Trade Adjustment Assistance) o de la Corporación de Beneficios Garantizados de Pensión (PBGC, Pension Benefit Guarantee Corporation) - Crédito tributario por cobertura de seguro de salud (HCTC, Health Care Tax Credit) (Marque todas las que correspondan). Además de la prueba de que usted reside en Maryland, adjunte una copia de la notificación de elegibilidad de HCTC o una declaración reciente de beneficios de PB.***

I am a retiree aged 55 to 64 receiving pension payments from the Pension Benefit Guaranty Corporation.  
*Estoy jubilado, tengo entre 55 y 64 años y recibo pagos de pensión de la Corporación de Beneficios Garantizados de Pensión.*

OR O

I am or my former employer has been certified by the U.S. Department of Labor as being affected by competition from foreign trade and I am receiving either a Trade Readjustment Allowance under the Trade Adjustment Assistance program or unemployment insurance benefits.  
*Estoy o mi antiguo empleador ha sido certificado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos como empresa afectada por la competencia del comercio exterior y estoy recibiendo ya sea una asignación de reajuste comercial según el programa de Asistencia de Reajuste Comercial o beneficios de seguro por desempleo.*

**Complete below ONLY if you are including a spouse or dependents on your policy.**

***Llena la siguiente sección SÓLO si está incluyendo un cónyuge o dependientes en su póliza.***

My spouse or dependents are not imprisoned. *Mi cónyuge o dependientes no están en prisión.*  
AND Y

My spouse and I are not covered under an employer's health plan that pays 50% or more of the cost of health coverage.  
*Mi cónyuge y yo no estamos cubiertos bajo un plan médico de un empleador que paga 50% o más del costo de la cobertura médica.*

**7. Complete Other Health Insurance Information (REQUIRED).**

**Complete la otra información de seguro médico (OBLIGATORIO).**

Are you enrolled in or eligible for (even if not enrolled) Medicare Part A or B, Medicaid, or Maryland Children’s Health Program (MCHP)?

¿Está inscrito o reúne los requisitos para (incluso si no está inscrito) la parte A o B de Medicare, Medicaid, o el Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP)?

Yes Sí  No No

Are your spouse or your dependent(s) enrolled in or eligible for (even if not enrolled) Medicare Part A or B, Medicaid or Maryland Children’s Health Program (MCHP)?

¿Está su cónyuge o dependiente(s) inscrito o reúne los requisitos para (incluso si no está inscrito) la parte A o B de Medicare, Medicaid o el Programa de Salud Infantil de Maryland (MCHP)?

Yes Sí  No No

Are you, your spouse or dependent(s) enrolled in, or eligible for (even if not enrolled) any other individual or employer health plans, including COBRA?

¿Está usted, su cónyuge o dependiente(s) inscrito o reúne los requisitos para (incluso si no está inscrito) cualquier otro plan de salud individual o del empleador, incluyendo COBRA?

Yes Sí  No No

Plan Plan: \_\_\_\_\_ Policy # Póliza #: \_\_\_\_\_ City Ciudad: \_\_\_\_\_

State Estado: \_\_\_\_\_ From Date A partir de la fecha: \_\_\_\_\_ To Date Hasta la fecha: \_\_\_\_\_

You **MUST** complete this section below if you answered “Yes” to the questions above regarding other insurance information for you, your spouse or your dependent(s).

Usted **DEBERÁ** completar la sección que aparece a continuación si contestó “Sí” a las preguntas anteriores sobre otra información de seguros para usted, su cónyuge o sus dependientes.

	Last Name Apellido	First Name Nombre	Insurance Plan Plan de seguro	Policy Number Número de póliza	City Ciudad	State Estado	From Date A partir de	To Date Hasta la fecha
Applicant Solicitante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Spouse Cónyuge	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependent 2 Dependiente 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependent 3 Dependiente 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dependent 4 Dependiente 4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**8. HMO Applicants ONLY. Indicate the Primary Care Physician (PCP) Selections for Yourself, Spouse and Dependents (If applicable).**

**Solicitantes de HMO SOLAMENTE. Indique las selecciones de médico primario (PCP) para usted, su cónyuge y dependientes (si están disponibles).**

	Last Name: Apellido:	First Name: Nombre:	MI: Inicial del: segundo: nombre	Primary Care Physician (PCP) Provider Listing Lista de proveedores médicos primarios (PCP)	Existing Patient of the PCP Ya es paciente del PCP:
Applicant Solicitante	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
Spouse Cónyuge	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
Child Hijo	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
Child Hijo	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
Child Hijo	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No

**9. Health Questionnaire**  
**Cuestionario de salud**

**ALL applicants must complete the following Health Questionnaire.**

**TODOS los solicitantes tienen que completar el siguiente cuestionario de salud.**

If you were previously uninsured for more than 63 days, then you may have to wait for a certain period before coverage is provided for charges associated with any pre-existing medical condition(s). Pregnancy is not subject to the pre-existing condition waiting period. You will be responsible for paying plan premiums during this period.

*Si anteriormente no tuvo seguro por más de 63 días, entonces es posible que tenga que esperar un cierto período de tiempo antes de que se le provea cobertura para los cargos asociados con una condición médica preexistente. El embarazo no está sujeto al período de espera por condición preexistente. Usted será responsable de pagar las primas del plan durante este período.*

If you had previous health coverage within 63 days of applying for MHIP, the six month pre-existing condition waiting period will be reduced for the period of time you were covered under prior coverage. To be credited for prior coverage, you must return certificates of coverage from your prior health carrier or plan that documents prior health coverage for yourself and/or your covered dependents. If you cannot get a certificate of coverage from your prior health plan, you can prove that you have prior coverage by providing any of the following:

*Si anteriormente tuvo cobertura durante los 63 días previos a la solicitud de MHIP, se reducirá el período de espera por condición preexistente al período de tiempo que estuvo cubierto bajo la cobertura anterior. Para que se le acredite la cobertura anterior, tiene que enviar los certificados de cobertura de su compañía o plan médico anterior que documente la cobertura médica anterior para usted y sus dependientes cubiertos. Si no puede obtener un certificado de cobertura de su plan médico anterior, puede probar su cobertura anterior suministrando cualquiera de los siguientes:*

- Correspondence from your prior health plan
  - Pay stubs or check payments showing payments for health insurance
  - Health insurance identification card showing effective and termination dates
  - Medical records showing health coverage or
  - Third party statements verifying the coverage
- Correspondencia de su plan médico anterior*
- Comprobantes de pago o cheques cobrados que demuestren el pago del seguro médico*
- Tarjeta de identificación del seguro médico que muestre las fechas de vigencia*
- Registros médicos que muestren cobertura médica, o*
- Declaraciones de terceros que verifiquen la cobertura*

**PLEASE COMPLETE SECTIONS A, B, AND C BELOW. CHECK EACH ITEM “YES” OR “NO”. ALL QUESTIONS MUST BE ANSWERED. POR FAVOR COMPLETE LAS SECCIONES A, B Y C QUE APARECEN A CONTINUACIÓN. MARQUE CADA ÍTEM “SÍ” O “NO”. DEBERÁ RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.**

**SECTION A – If any person included in this application is presently using medication or prescription drugs, please provide the following information. SECCIÓN A – Si alguna persona incluida en esta solicitud está tomando actualmente algún medicamento o medicina con receta, por favor proporcione la siguiente información.**

Name of Family Member <i>Nombre del miembro de la familia</i>	Illness or Condition <i>Enfermedad o condición</i>	Date of Last Treatment <i>Fecha del último tratamiento</i>	Operation (Yes or No) <i>Operación (Sí o No)</i>	Medication Prescribed <i>Medicamento recetado</i>	Attending Physician Name and Address <i>Nombre y dirección del médico a cargo/que atendió al paciente</i>

SECTION B — To the best of your knowledge or belief, has any person named on this MHIP application, had within the last six months, or does such person now have, any of the following:

SECCIÓN B – A su leal saber y entender, alguna persona mencionada en esta solicitud de MHIP ha tenido en los últimos seis meses, o tiene ahora, alguno de los siguientes:

YES NO  
Sí NO

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cancer, tumor or other growth (malignant or benign)<br><i>Cáncer, tumor u otro crecimiento (maligno o benigno)</i> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or Human Immunodeficiency Virus Seropositivity (Positive HIV test)<br><i>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o es seropositivo al virus de inmunodeficiencia humana (prueba positiva de VIH)</i> .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kidney stones, kidney or bladder condition, urinary frequency or burning<br><i>Cálculos renales, enfermedad renal o de la vejiga, urgencia urinaria o sensación de ardor al orinar</i> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Goiter, thyroid condition, diabetes<br><i>Bocio, enfermedad tiroidea, diabetes</i> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Seizure disorder, central nervous system disorder, multiple sclerosis<br><i>Convulsiones, trastorno del sistema nervioso central, esclerosis múltiple</i> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Substance abuse (drug or alcohol dependency, abuse or addiction)<br><i>Abuso de sustancias controladas (dependencia, abuso o adicción a las drogas o al alcohol)</i> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Use of illicit drugs<br><i>Uso de drogas ilícitas</i> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gall bladder condition, hernia, stomach or intestinal condition, ulcers, hemorrhoids, liver condition<br><i>Enfermedad de la vesícula, hernia, enfermedad estomacal o intestinal, úlceras, hemorroides, enfermedad hepática</i> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cataract or other eye condition<br><i>Cataratas u otra enfermedad de los ojos</i> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tuberculosis, lung condition, asthma, bronchitis<br><i>Tuberculosis, enfermedad pulmonar, asma, bronquitis</i> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Arthritis, rheumatism, external deformity, amputation(s), back or spinal trouble, limb condition<br><i>Artritis, reumatismo, deformidad externa, amputación(es), problemas de la espalda o de la columna, enfermedad de las extremidades</i> .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Heart condition, abnormal blood pressure (hypertension or hypotension), rheumatic fever, cerebrovascular accident (stroke)<br><i>Enfermedad cardíaca, presión arterial anormal (hipertensión o hipotensión), fiebre reumática, accidente cerebrovascular (apoplejía)</i> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. (Female) Irregular or excessive menstrual bleeding, reproductive system disorders, infertility, breast condition<br><i>(Mujeres) Sangrado menstrual irregular o excesivo, enfermedades del sistema reproductor, infertilidad, enfermedad de los senos</i> .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. (Male) Prostate condition, reproductive system disorders, infertility<br><i>(Hombres) Enfermedad de la próstata, enfermedades del sistema reproductor, infertilidad</i> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Outpatient counseling, any psychiatric or psychological counseling, or any nervous or mental disorder<br><i>Asesoría para pacientes externos, cualquier asesoría psiquiátrica o psicológica o cualquier trastorno nervioso o mental</i> .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sexually transmitted diseases<br><i>Enfermedades de transmisión sexual</i> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Anemia, blood disorders<br><i>Anemia, trastornos de la sangre</i> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**11. How Did You Hear About the Maryland Health Insurance Plan (MHIP)?**  
**¿Cómo se enteró del Plan de Seguro de Salud de Maryland (MHIP)?**

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Newspaper<br><i>Periódico</i> | <input type="checkbox"/> Insurance Producer<br><i>Productor de seguro</i> | <input type="checkbox"/> Employer<br><i>Empleador</i> | <input type="checkbox"/> Radio/TV<br><i>Radio/TV</i>                       | <input type="checkbox"/> Insurance Company<br><i>Compañía de seguro</i> |
| <input type="checkbox"/> Website<br><i>Sitio web</i>   | <input type="checkbox"/> Doctor<br><i>Médico</i>                          | <input type="checkbox"/> Friend<br><i>Amigo</i>       | <input type="checkbox"/> Health Organization<br><i>Organización médica</i> | <input type="checkbox"/> Other<br><i>Otro</i>                           |

**12. Agreement to Terms and Release of Information.**  
**Acuerdo de aceptación de los términos y divulgación de información.**

I declare that, to the best of my knowledge and belief, the foregoing answers on the application are complete and correct. I understand that no coverage will be in effect until the full initial premium is paid after this application has been approved and accepted by **MHIP**. If this application contains material misstatements or omissions, **MHIP** may do any or all of the following within 2 years from the date the policy was issued:

*Yo declaro que, a mi leal saber y entender, las respuestas anteriores en la solicitud están completas y son correctas. Comprendo que no habrá ninguna cobertura en efecto hasta que se pague completamente la prima inicial después de que **MHIP** apruebe y acepte esta solicitud. Si esta solicitud contiene declaraciones falsas u omisiones, **MHIP** podría hacer uno o todos los siguientes en los primeros dos años a partir de la emisión de la póliza:*

- a) cancel the agreement as though it was never effective and refund premiums, less any claims paid;  
*a) cancelar el acuerdo como si nunca hubiera sido efectivo y reembolsar las primas, menos las reclamaciones pagadas;*
- b) retroactively deny benefits for pre-existing conditions during the pre-existing exclusionary period;  
*b) denegar los beneficios en forma retroactiva de las condiciones preexistentes durante el período de exclusión preexistente;*
- c) take any other action available to it by law. This time limit does not apply to fraudulent misstatements.  
*c) tomar cualquier medida disponible por ley. No corresponde ningún límite de tiempo para las declaraciones fraudulentas.*

I authorize my medical professional, hospital, medical or medically related facility, pharmacy, government agency, insurance agency, health plan, other person or firm, or any government agency to release my health and eligibility information to Maryland Health Insurance Plan and its Plan Administrator, CareFirst BlueCross BlueShield, or their agents. This includes information about my health insurance coverage, health insurance applications, Medicaid, Medicare or commercial insurance eligibility, residency, medical record information, genetic information, and alcohol and drug treatment. This also includes information from other providers that are in the files of the recipient of this authorization.

*Yo autorizo a mi profesional médico, hospital, centro médico o de servicios médicos, farmacia, agencia gubernamental, agencia de seguro, plan médico, otra persona o compañía o cualquier agencia gubernamental a divulgar mi información médica y elegibilidad al Plan de Seguro de Salud de Maryland y a su Administrador del Plan, CareFirst BlueCross BlueShield o sus agentes. Esto incluye la información sobre mi cobertura de seguro médico, solicitudes de seguro médico, Medicaid, Medicare o elegibilidad para un seguro comercial, residencia, información sobre mi historial médico, información genética y tratamiento contra el alcohol y las drogas. Esto también incluye la información de otros proveedores que está en los registros del receptor de esta autorización.*

If I have medical conditions that were diagnosed or treated in the six months immediately before I applied for coverage, I may be subject to a pre-existing condition limitation, under which my MHIP policy will not cover the specific health conditions that existed before I applied for coverage. Pregnancy is not a pre-existing condition. Pre-existing conditions will not be covered until my MHIP policy has been in effect for a certain number of months unless this pre-existing condition limitation period is not applicable.

*Si tengo condiciones médicas que fueron diagnosticadas o tratadas durante los últimos seis meses antes de que solicitara cobertura, podría estar sujeto a una limitación por condición preexistente, bajo la cual mi póliza MHIP no cubrirá las condiciones médicas específicas que existieron antes de que solicitara la cobertura. El embarazo no es una condición preexistente. Mi póliza MHIP no cubrirá las condiciones preexistentes hasta que haya entrado en efecto por un cierto número de meses, a menos que no aplique este período de limitación por condición preexistente.*

This authorization is for the purpose of determining my enrollment or eligibility. If I sign this authorization, I may revoke the authorization at any time, unless my health information has already been released in reliance on the authorization. To revoke this authorization, I must submit a written request to the Plan Administrator's Privacy Officer. Unless I revoke this authorization earlier, it will expire one year from the date of my signature. I understand that, if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by the federal privacy regulations and may be redisclosed by the person

or organization that receives the information. A photocopy of this authorization is as valid as the original for the release of medical information. Unless HIPAA eligible, I agree to accept the effective date that is determined based on the date that my completed application is received by MHIP in accordance with the Certificate of Coverage.

*El propósito de esta autorización es determinar mi inscripción o elegibilidad. Si firmo esta autorización, la puedo revocar en cualquier momento, a menos que ya se haya divulgado mi información médica según la autorización. Para revocar esta autorización, debo presentarle una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad del Administrador del Plan. A menos que revoque esta autorización antes, expirará al cabo de un año a partir de la fecha de mi firma. Comprendo que, si se divulga esta información a un tercero, es posible que la información ya no esté protegida por las normas de privacidad federales y la persona u organización que reciba la información podría divulgarla nuevamente. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original para la divulgación de información médica. A menos que reúna los requisitos para HIPAA, acepto que la fecha de vigencia que es determinada se basa en la fecha en que MHIP reciba mi solicitud completa de acuerdo con el Certificado de cobertura.*

Applicant Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

If subject to the pre-existing condition waiting period, do you want to “buy down” the pre-existing condition waiting period by paying additional premium (see pages 11-13 and 16 of brochure)? **NOTE: If you elect not to “buy down” the pre-existing condition waiting period at this time, you may not do so later.**

*Si está sujeto a un período de espera por condición preexistente, ¿le gustaría “pagar la reducción” del período de espera por condición preexistente pagando primas adicionales (remítase a las páginas 11-13 y 16 del folleto)? **NOTA: Si decide no “pagar la reducción” del período de espera por condición preexistente en este momento, no podrá hacerlo después.***  Yes Sí  No No

Spouse Signature (If applicable): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Authorized Representative, Parent or  
Legal Guardian Signature (If applicable): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado, padre o tutor legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR INSURANCE PRODUCERS ONLY**—I, an Insurance Producer, have explained **MHIP** eligibility provisions to the applicant. I have made no statements of benefits, conditions, limitations, or exclusions of the agreement except through written material furnished by **MHIP**. The applicant has been informed that coverage is not guaranteed, and if approved, is determined by the Maryland Health Insurance Plan. My signature certifies that I have reviewed the application after it was completed and the application is complete and accurate. I understand that if the application is not complete and accurate, the referral fee may not be paid. Send broker applications to: **10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117, Attn: Broker Sales - Mail Stop 01-415**  
**PARA LOS PRODUCTORES DE SEGURO SOLAMENTE**—Yo, un productor de seguro, le he explicado las disposiciones de elegibilidad de **MHIP** al solicitante. No he hecho ninguna declaración de beneficios, condiciones, limitaciones o exclusiones del acuerdo, excepto a través del material escrito proporcionado por **MHIP**. Se le ha informado al solicitante que la cobertura no está garantizada y, de ser aprobada, la determina el Plan de Seguro de Salud de Maryland. Mi firma certifica que he revisado la solicitud después de completarla y que la solicitud está completa y es correcta. Comprendo que si la solicitud no está completa y no es correcta, es posible que no se pague la tarifa por recomendaciones. Envíe las solicitudes de corredores a: **10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117, Attn: Broker Sales - Mail Stop 01-415**

Insurance Producer Name *Nombre del productor de seguro:* Jeff Motsco

Tax ID # *Núm. de identificación tributaria:* \_\_\_\_\_

License # *Núm. de licencia:* RPI44602 Expiration Date *Fecha de vencimiento:* 07/01/2010

Phone Number *Núm. de teléfono:* 410-796-7497

Signature *Firma:* \_\_\_\_\_ Date *Fecha:* \_\_\_\_\_

Company Name *Nombre de la compañía:* \_\_\_\_\_ Address *Dirección:* 5965 Sandy Ridge, Elkridge, MD 21075

### MHIP+ Application *Solicitud de MHIP+*

**MHIP** members who have an annual income at or below certain levels are eligible for reduced premiums and lower initial deductibles. The level of annual savings from lower premiums and deductibles can be as high as \$5,300. In order to qualify, the total household income must be at or below the following levels, which vary by the size of your household:

*Los miembros de **MHIP** que tengan un ingreso anual de o menor a ciertos niveles califican para primas reducidas y deducibles iniciales menores. El nivel de ahorro anual gracias a las primas y deducibles más bajos puede ser de hasta \$5,300. Para calificar, el ingreso total del hogar tiene que ser o estar por debajo de los siguientes niveles, que varían de acuerdo al tamaño del hogar:*

Household Size* <i>Tamaño del hogar*</i>	MHIP+ Income Eligibility <i>Elegibilidad por ingresos para MHIP+</i>	Household Size* <i>Tamaño del hogar*</i>	MHIP+ Income Eligibility <i>Elegibilidad por ingresos para MHIP+</i>
1	\$31,200	5	\$74,400
2	\$42,000	6	\$85,200
3	\$52,800	7	\$96,000
4	\$63,600	8	\$106,800
<b>Larger than 8, call MHIP Sales Center at (443) 738-0667 or (888) 444-9016</b> <b>Más de 8, llame al Centro de ventas de MHIP al (443) 738-0667 o al (888) 444-9016</b>			

\*Your household size is the total number of exemptions claimed on your tax return and is not related to the total number of individuals on your **MHIP** policy or application.

*\*El tamaño de su hogar es el número total de exenciones declaradas en su declaración de impuestos y no está relacionado con el número total de individuos en su póliza o solicitud de **MHIP**.*

**If you believe your income is at or below the above amounts, we recommend you complete this form by answering the questions below, attach the required additional MHIP+ documentation and submit it with your MHIP application.**

***Si cree que su ingreso se encuentra al nivel de o es menor a las cifras anteriores, le recomendamos que complete este formulario respondiendo a las siguientes preguntas, adjunte la documentación adicional de MHIP+ y las envíe con su solicitud de MHIP.***

1. Please list the total number of exemptions claimed on your 2007 tax return filed for your household: \_\_\_\_\_  
*Por favor enumere el número total de exenciones declaradas en su declaración de impuestos de 2007 que usted presentó para su hogar:*
2. Please list the total number of individuals currently in your household: \_\_\_\_\_  
*Por favor enumere el número total de individuos que viven actualmente en su hogar.*
3. Please tell us about your yearly household income as reflected on your 2007 tax return. If you are married, your spouse lives in your household, and you did not file a joint tax return that year, complete columns A, B and C.  
*Por favor indíquenos el ingreso anual de su hogar según se refleja en su declaración de impuestos de 2007. Si está casado, su cónyuge vive en su hogar, y no presentó una declaración de impuestos conjunta para ese año, complete las columnas A, B y C.*

	A Your Return <i>Su declaración</i>	B Spouse's Return <i>Declaración del cónyuge</i>	C Total <i>Total</i>
<input type="checkbox"/> Filed a 1040, the total household income listed on line 22 <i>Presentó un formulario 1040, el ingreso total del hogar que se indica en la línea 22</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Filed a 1040, total Social Security income listed on line 20a <i>Presentó un formulario 1040, el ingreso total del Seguro Social que se indica en la línea 20a</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Filed a 1040EZ, the adjusted gross income on line 4 <i>Presentó un formulario 1040EZ, el ingreso bruto ajustado que se indica en la línea 4</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Filed a 1040A, the total household income on line 15 <i>Presentó un formulario 1040A, el ingreso total del hogar que se indica en la línea 15</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Filed a 1040A, total Social Security income listed on line 14a <i>Presentó un formulario 1040A, el ingreso total de Seguro Social que se indica en la línea 14</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Total combined household income listed above* (amount listed in number 3, Column C above) <i>Ingreso total combinado del hogar que se menciona anteriormente* (cifra indicada en el número 3, columna C arriba)</i>			\$ _____
5. Please tell us what you believe your yearly household income will be this year <i>Por favor indíquenos cuál cree usted que será el ingreso anual de su hogar este año</i>			\$ _____
6. Please check the plan requested (refer to the brochure for rates, benefits and qualifications) <i>Por favor marque el plan solicitado (remítase al folleto para obtener las tarifas, beneficios y requisitos)</i>			

**PPO \$200:**  Plan 1  Plan 2

**PPO \$500:**  Plan 3  Plan 5

**HMO:**  Plan 4  Plan 6

**PPO \$200:** Plan 1 Plan 2

**PPO \$500:** Plan 3 Plan 5

**HMO:** Plan 4 Plan 6

<b>MHIP+ Plan Option Chart (see pages 6, 12-14 of application brochure for information on premiums and benefits)</b> <i>Tabla de opciones del Plan MHIP+ (remítase a las páginas 6, 12-14 del folleto de solicitud para obtener información sobre las primas y beneficios)</i>				
<b>Household Size Tamaño del hogar</b>	<b>Plan 1 Plan 1</b>	<b>Plan 2 Plan 2</b>	<b>Plan 3 or 4 Plan 3 ó 4</b>	<b>Plan 5 or 6 Plan 5 ó 6</b>
1	\$0 - \$15,600	\$15,601 - \$20,800	\$20,801 - \$26,000	\$26,001 - \$31,200
2	\$0 - \$21,000	\$21,001 - \$28,000	\$28,001 - \$35,000	\$35,001 - \$42,000
3	\$0 - \$26,400	\$26,401 - \$35,200	\$35,201 - \$44,000	\$44,001 - \$52,800
4	\$0 - \$31,800	\$31,801 - \$42,400	\$42,401 - \$53,000	\$53,001 - \$63,600
5	\$0 - \$37,200	\$37,201 - \$49,600	\$49,601 - \$62,000	\$62,001 - \$74,400
6	\$0 - \$42,600	\$42,601 - \$56,800	\$56,801 - \$71,000	\$71,001 - \$85,200
7	\$0 - \$48,000	\$48,001 - \$64,000	\$64,001 - \$80,000	\$80,001 - \$96,000
8	\$0 - \$53,400	\$53,401 - \$71,200	\$71,201 - \$89,000	\$89,001 - \$106,800

I certify that the foregoing information and attachments are true and accurate to the best of my knowledge and I give permission for **MHIP** to make any necessary contacts to check the income information reported on and attached to this application. I authorize Maryland State agencies to release my most recently reported income information to **MHIP** for eligibility verification. This information will be used to confirm applicant eligibility for **MHIP+** and may not be disclosed outside of **MHIP** or Maryland State agencies. I know that I can be penalized if I knowingly give false information, and I understand that I may be asked to provide additional information. By signing this application and applying for membership in **MHIP**, I hereby consent to the release of tax return information to **MHIP** from state or federal tax authorities for the sole purpose of verifying income requirements for purposes of **MHIP** Plan eligibility.

*Certifico que la información anterior y los adjuntos son verdaderos y correctos, a mi leal saber y entender, y autorizo a **MHIP** a que haga los contactos necesarios para verificar la información de ingresos que se declara en esta solicitud y los adjuntos. Autorizo a las agencias del estado de Maryland a divulgar la información declarada más reciente sobre mis ingresos a **MHIP** para verificar mi elegibilidad. Esta información se utilizará para confirmar si el solicitante califica para **MHIP+** y no se divulgará fuera de **MHIP** y las agencias del estado de Maryland. Sé que me pueden penalizar si a sabiendas doy información falsa, y comprendo que pueden solicitarme que proporcione información adicional. Al firmar esta solicitud y solicitar la membresía en **MHIP**, autorizo la divulgación de la información de mi declaración de impuestos a **MHIP** por parte de las autoridades fiscales estatales o federales para el único propósito de verificar los requisitos de ingresos para determinar si califico para el Plan **MHIP**.*

\_\_\_\_\_  
Print Applicant Name  
*Nombre del solicitante  
en letra de molde*

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Legal Guardian  
*Firma del padre o tutor legal*  
If Applicant is Under Age 18 or Legally Incompetent  
*Si el solicitante es menor de 18 años o  
legalmente incompetente*

**REQUIRED DOCUMENTATION:** If applying for **MHIP+**, please attach copies of all of your 2007 Federal Tax Form or Form 4868 Filing Extension (Do not include schedules and other attachments) and send to: **MHIP**, 10455 Mill Run Circle RR-291, Owings Mills, MD 21117-9685.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS:** Si está solicitando cobertura de **MHIP+**, por favor adjunte las copias de todas sus declaraciones impositivas federales de 2007 o el formulario 4868 para solicitar una extensión (no incluya los apéndices y otros adjuntos) y envíelas a: **MHIP**, 10455 Mill Run Circle RR-291, Owings Mills, MD 21117-9685.

**Please make complete copies of all your documentation before submitting, for your own records. Thank you.**

***Por favor saque copias de todos sus documentos para sus propios registros antes de enviarlos. Muchas gracias.***

If your last year's household income was more than the amounts listed above, but has either been reduced this year or if you did not file a tax return for last year, complete this application and provide one of the following proof of income for the most recent three- month period: *Si el último ingreso anual de su hogar fue mayor que las cifras mencionadas anteriormente, pero se ha reducido este año o no presentó una declaración de impuestos el año pasado, complete esta solicitud y proporcione una de las siguientes pruebas de ingreso para el período de tres meses más reciente:*

**Please Refer To Next Page For **MHIP+** Required Documentation**  
***Por favor remítase a la siguiente página para los documentos requeridos de **MHIP+*****

1. Copy of the two most recent pay stubs, along with a statement or note to explain how often you receive a paycheck. If a pay stub is not available, get a signed statement from your employer. Gross monthly income and the dates received should be on the statement, or 1. *Copia de los dos recibos de salario más recientes, junto con un estado de cuenta o nota que explique con qué frecuencia usted recibe un cheque de pago de su salario. Si no tiene recibos, consiga una declaración firmada de su empleador en la cual figuren su salario bruto mensual y las fechas de pago, o*
2. If self employed, send most recent 3 months profit and loss statements, along with the Schedule C from last year's federal income tax return, or 2. *Si trabaja por cuenta propia, envíe los estados de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses, junto con el Anexo C (Schedule C) correspondiente a su declaración impositiva federal del año anterior, o*
3. If you have income such as disability or retirement, send copies of award letters or bank statements showing direct deposits from disability or retirement. 3. *Si tiene ingresos de fuentes tales como discapacidad o jubilación, envíe copias de sus cartas de asignación o estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos directos de su compensación por esas fuentes.*

## APPLICATION CHECKLIST LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

(outlined on page 21 of the enclosed MHIP brochure) *(suministrada en la página 21 del folleto de MHIP adjunto)*

### MHIP PLAN PLAN MHIP

- Did you sign your MHIP application? *¿Firmó su solicitud de MHIP?*
- Did you include proof of six months of Maryland residency? *¿Incluyó la prueba de residencia de seis meses de Maryland?*
- Did you include a copy of your child's birth certificate (if applicable)? *¿Incluyó una copia del certificado de nacimiento de su hijo (si corresponde)?*
- Did you include your carrier denial letter, physician's letter, or certificate of creditable coverage? *¿Incluyó la carta de denegación de su compañía, la carta del médico o el certificado de cobertura acreditable?*

Attach at least one of the following documents as proof of your eligibility for MHIP (see pages 18-20): *Adjunte al menos uno de los siguientes documentos como prueba de que reúne los requisitos para MHIP (remítase a las páginas 18-20):*

- a letter from a health insurance carrier showing denial of your application, restricted coverage or an exclusionary rider or statement which indicates you are paying a higher premium than MHIP's standard premium because of a medical condition, or *una carta de su compañía de seguro médico que muestre la denegación de su solicitud, cobertura restringida o una cláusula de exclusión o declaración que indique que está pagando una prima más alta que la prima estándar de MHIP debido a una condición médica, o*
- a letter from your physician confirming that you have been diagnosed or treated for one of the qualifying medical conditions listed on page 4 of the application brochure, or *una carta de su médico que confirme que se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por una de las condiciones médicas que califican y que se mencionan en la página 4 del folleto de la solicitud, o*
- certificate(s) of creditable coverage or other documentation that proves you had 18 months of previous health coverage, with the most recent coverage under an employer-sponsored plan, or *certificado(s) de cobertura acreditable u otro documento que pruebe que usted tuvo 18 meses de cobertura médica previa, con la cobertura más reciente bajo un plan auspiciado por un empleador, o*
- proof that you are eligible for federal HCTC, by either receiving payments from the Pension Benefit Guarantee Corporation, or certification by the U.S. Department of Labor that you or your employer were affected by competition from foreign trade, or *prueba de que reúne los requisitos para el HCTC federal, ya sea porque recibe pagos de la Corporación de Beneficios Garantizados de Pensión o el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos certifica que usted o su empleador se vieron afectados por la competencia en el comercio exterior, o*
- proof that you were recently covered by another state high risk pool. *prueba de que recientemente estuvo cubierto por otro fondo de alto riesgo del estado.*

- Did you indicate whether you want to "buy down" the pre-existing condition waiting period (if applicable)? *¿Indicó si quiere "pagar la reducción" del período de espera por condición preexistente (si corresponde)?*

### OPTIONAL MHIP+ PLAN PLAN OPCIONAL MHIP+

- Did you complete each item on the MHIP Plan checklist? *¿Completó cada punto de la lista de verificación del Plan MHIP?*
- Did you sign your MHIP+ application? *¿Firmó su solicitud de MHIP+?*
- Did you include documentation of your income? *¿Incluyó los documentos de su ingreso?*

# MHIP

Maryland Health Insurance Plan

CareFirst   
BlueChoice

CareFirst   
BlueCross BlueShield

CareFirst BlueCross BlueShield is the business name of Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield and CareFirst BlueChoice, Inc. are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® Registered trademark of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® Registered trademark of CareFirst of Maryland, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial de Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield y CareFirst BlueChoice, Inc. son licencias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ® Marca registrada de la Blue Cross and Blue Shield Association. ® Marca registrada de CareFirst of Maryland, Inc.