

Solicitud de miembro de grupo pequeño para seguro médico, odontológico y oftalmológico



Asegúrese de que TODA la información a continuación esté completa para evitar retrasos en el procesamiento.
Escriba en letra de imprenta legible con tinta azul o negra, o complete la información a máquina.

Sección 1 Información del empleador (Debe completar esta parte el empleador).

Nombre del grupo _____ Fecha de entrada en vigencia ___/___/___ Fecha de contratación ___/___/___

Número de grupo _____ Número del departamento _____

Elija una opción:

- Inscripción abierta
- Nueva contratación
- COBRA
- Pérdida de la cobertura (Evidencia de cobertura previa)
- Otro _____

o Agregar dependientes

- Cónyuge
- Dependiente

(Debe presentar la solicitud en el plazo de 30 días de la fecha de matrimonio, nacimiento o adopción del dependiente).

Sección 2 Información del empleado

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección postal _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___/___/___ Sexo M F Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Número de teléfono particular _____ - _____ - _____ Número de teléfono celular _____ - _____ - _____

Estado civil (marque uno) Soltero Casado Divorciado Matrimonio de hecho Unión Civil Pareja de hecho

¿Cuál es su lengua materna? _____ Dirección de correo electrónico _____

Raza (marque una) Prefiere no contestar

- Aborigen estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano o latino
- Multirracial
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**NOTA: debe seleccionar un PCP para usted y las personas de su plan. De lo contrario, su inscripción puede retrasarse y se pueden reducir los beneficios.**)

¿Actualmente es paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

*Se requiere el número del Seguro Social en cumplimiento con los requisitos de información de la ley de informes obligatorios para las compañías de seguro (Mandatory Insurance Reporting Law). Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 3 Opciones de planes de salud

Tipo de plan

- Médico: Individual Familiar
- Odontológico: Individual Familiar
- Oftalmológico: Individual Familiar

Plan médico que está seleccionando:

	COSEGURO	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> VantageBlue	_____	_____
<input type="checkbox"/> BlueSolutions	_____	_____
<input type="checkbox"/> Network Blue New England	_____	_____
<input type="checkbox"/> Network Blue New England Options	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blue Choice New England	_____	_____
<input type="checkbox"/> Access Blue New England	_____	_____

Sección 4 Información del cónyuge o pareja de hecho

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Cobertura solicitada: Médica Odontológica Oftalmológica

Domicilio (si es diferente de la información del solicitante) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Sexo M F Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Número de teléfono particular _____ - _____ - _____ Número de teléfono celular _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**obligatorio**) _____

¿Actualmente es el dependiente paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

Sección 5 Información del dependiente

Dependiente n.º 1

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Parentesco Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Odontológica Oftalmológica

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**obligatorio**) _____

¿Actualmente es el dependiente paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

* Se requiere el número del Seguro Social en cumplimiento con los requisitos de información de la ley de informes obligatorios para las compañías de seguro (Mandatory Insurance Reporting Law). Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Dependiente n.º 2

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Parentesco Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Odontológica Oftalmológica

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**obligatorio**) _____

¿Actualmente es el dependiente paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

Dependiente n.º 3

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Parentesco Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Odontológica Oftalmológica

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**obligatorio**) _____

¿Actualmente es el dependiente paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

Dependiente n.º 4

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Parentesco Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Odontológica Oftalmológica

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**obligatorio**) _____

¿Actualmente es el dependiente paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

Dependiente n.º 5

Apellido _____ Nombre _____ Inic. seg. nombre _____ Sufijo _____

Parentesco Hijo Hija Cobertura solicitada: Médica Odontológica Oftalmológica

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de Seguro Social* _____ - _____ - _____

Proveedor de atención primaria (PCP): nombre, calle, ciudad, estado y código postal (**obligatorio**) _____

¿Actualmente es el dependiente paciente del PCP mencionado arriba? Sí No

N.º de identificación nacional del proveedor (NPI): _____

Marque aquí si se adjunta un formulario Anexo para dependientes del grupo.

(Lo encontrará en la Sección de grupo pequeño en bcbsri.com/employers/resources/forms.)

*Se requiere el número del Seguro Social en cumplimiento con los requisitos de información de la ley de informes obligatorios para las compañías de seguro (Mandatory Insurance Reporting Law). Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 6 Otros seguros y Medicare

¿Tienen usted o alguno de sus dependientes cobertura de algún otro seguro? Sí No

Nombre de la otra compañía de seguro y nombres de las personas cubiertas:

Persona cubierta 1 _____

Compañía de seguros _____ N.º de ID del miembro 1 _____

Persona cubierta 2 _____

Compañía de seguros _____ N.º de ID del miembro 2 _____

¿Cuál es el nombre de su compañía de seguro médico anterior? _____

¿Cuándo finalizó su cobertura médica? (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____

Adjunte una constancia de su cobertura anterior donde se vea la cobertura y la fecha de finalización de la misma.

¿Es alguna de las personas mencionadas en esta solicitud elegible para Medicare? Sí No

Si alguna de esas personas lo es, nombre de la persona elegible _____

¿Es la persona elegible Mayor de 65 años? Discapacitada? Fecha de jubilación (si corresponde) _____

Número de Medicare _____ - _____ - _____ - _____

Fechas de entrada en vigencia: Parte A (hospital): _____ Parte B (medical): _____

Sección 7 Firma

Mediante la firma de este formulario, certifico que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y está completa.



Firma del solicitante o del padre/la madre o tutor
si el solicitante es menor de 18 años de edad

Fecha

Fecha de recepción de la solicitud _____ N.º de ID _____



500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

06/20 PER-435733S