Formulario para agregar dependiente
Planes individuales y familiares

Blue Cross Blue Shield of Rhode Island

Para planes comprados directamente de BCBSRI (no a través de un empleador)

Complete lo siguiente cuando esté agregando dependientes a su póliza existente de BCBSRI, incluyendo firmar la solicitud. Este formulario para agregar dependiente se considerará parte de la solicitud del plan médico y dental individuales y familiares ("la Solicitud").

Nombre del asegurado _____ Número de teléfono_____

Número de identificación médica de BCBSRI _____

BCBSRI Número de identificación dental # _____ Fecha de vigencia solicitada / /

Sección 1 Información del cónyuge o pareja doméstica (complete si está agregando un cónyuge o pareja doméstica)

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Estado civil (marque uno) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Unión civil ☐ Pareja de hecho ☐ Viudo/a

Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Domicilio (si es diferente al del solicitante) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____ Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Número de seguro social[1] _____

Número de teléfono de casa _____ Número de teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es tu raza o etnia? (**seleccione todas las que correspondan**)

☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino
☐ Portugués ☐ Medio Oriente o Norte de África ☐ Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico ☐ Blanco
☐ Otro ☐ Prefiero no decir

Use su cuenta de miembro de BCBSRI para agregar/actualizar información demográfica. Visite **bcbsri.com** para registrarse o iniciar sesión.

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio**): Nombre _____Apellido _____

Debe seleccionar un PCP para usted y cualquier persona en su plan médico, de lo contrario su inscripción puede retrasarse y sus beneficios pueden reducirse.

Identificación nacional del proveedor (NPI) _____ (Encuentre el NPI de su PCP en su perfil en la herramienta Find Care en bcbsri.com.) Dirección del PCP _____ Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es su cónyuge/pareja doméstica un paciente actual del PCP mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

[1]El número de seguro social es requerido para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios. Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html

Recuerde firmar esta solicitud en la última página.

continúa ➤

Sección 2 Información del dependiente

Dependiente

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / _____ / _____ Número de seguro social[1] _____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación nacional del proveedor (NPI) # _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Dependiente

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / _____ / _____ Número de seguro social[1] _____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación nacional del proveedor (NPI) # _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Dependiente

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino Cobertura solicitada: ☐ Médica ☐ Dental

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / _____ / _____ Número de seguro social[1] _____

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio**): Nombre _____ Apellido _____

Número de identificación nacional del proveedor (NPI) # _____ Dirección de PCP _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es este dependiente un paciente actual del médico de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

[1]El número de seguro social es requerido para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios.
Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Non-Group-Health-Plans/Overview.html

Recuerde firmar esta solicitud en la última página.

continúa ➤

Sección 3 Seleccione el motivo por el cual está agregando dependiente(s) a su cobertura

☐ Inscripción abierta

☐ Pérdida de cobertura esencial mínima

Si la cobertura anterior NO fue con BCBSRI, adjunte evidencia de la cobertura anterior que muestre la fecha de finalización de la cobertura.

☐ Matrimonio, nacimiento o adopción

☐ Embarazo

☐ Mudanza permanente a Rhode Island

☐ Pérdida de elegibilidad para otra cobertura debido a la muerte del titular de la póliza, pérdida de empleo o reducción de horas, divorcio o derecho a Medicare; el empleador se declara en quiebra según el Capítulo 11; o el hijo cumple 26 años

☐ Nuevo ciudadano o ya no encarcelado

☐ Cambio de elegibilidad para cobertura o asistencia de pago bajo Medicaid o CHiP (RIteCare)

☐ Error de inscripción, tergiversación, mala conducta o inacción de un Mercado, o entidad no perteneciente al Mercado que proporciona asistencia para la inscripción

☐ Violación de contrato material por otro plan

☐ Recién adquiere elegibilidad para un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)

Nombre del empleador _____

Nombre del proveedor de ICHRA _____

☐ Recién elegible o no elegible para créditos fiscales por primas o reducciones de costos compartidos

☐ Obtiene o mantiene estatus como indio, o dependiente de un indio, según lo define la ley federal

☐ Circunstancias excepcionales, incluidos desastres naturales, emergencias médicas y otras circunstancias que razonablemente impidieron la inscripción

Sección 4 Declaración de divulgación dental directa

- En algunos planes, un período de espera de 12 meses se aplica a servicios periodontales, cirugía oral, coronas y prostodoncia.
- Puede ser elegible para renunciar a cualquier período de espera aplicable para un plan dental si ha tenido una cobertura previa igual o sustancialmente similar durante al menos 12 meses; se proporciona prueba de cobertura previa igual o sustancialmente similar dentro de los 60 días posteriores a la fecha de vigencia de este plan dental. Su plan dental anterior debe haber terminado dentro de los 60 días de la fecha de vigencia de la nueva solicitud dental con Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Dental.

Tenga en cuenta: *Los períodos de espera no aplican a miembros menores de 19 años que se inscriban en un plan dental calificado. Si cancela la cobertura y luego vuelve a solicitarla, los períodos de espera mencionados anteriormente se aplicarán sin tener en cuenta su cobertura anterior.*

Sección 5 Términos, condiciones y firma

Al firmar este formulario, reconozco y acepto que:

- Entiendo los beneficios del plan médico y dental que he seleccionado, incluidos los beneficios del deducible, los máximos de beneficios y los máximos de gastos a mi cargo, si corresponde.
- Este cambio no se aplicará hasta que la cobertura sea efectiva por parte de BCBSRI.
- El plan médico o dental seleccionado se aplicará a mí y a todos los dependientes inscritos.
- Soy responsable de compartir la información de beneficios con los miembros de mi familia inscritos y cubiertos bajo esta póliza.
- Certifico que he leído las declaraciones anteriores o que me las han leído, y que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.
- Esta solicitud puede firmarse electrónicamente solo a través de Docusign, y acepto que la firma electrónica creada por Docusign es equivalente a una firma manuscrita para fines de validez, aplicabilidad y admisibilidad.

Recuerde firmar esta solicitud en la última página.

continúa ➤

FIRME AQUÍ ☞

Firma del solicitante o padre o tutor ***si el solicitante es menor de 18 años de edad*** Fecha

LA SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN FIRMA

Sección 6 Información de contacto

Envíe su solicitud utilizando uno de los métodos a continuación:

- Correo electrónico a: IndividualEnrollmentIntake@bcbsri.org
- Fax al: (401) 459-5378
- Enviar a: Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
  Atención: Individual Sales Department
  500 Exchange Street
  Providence, Rhode Island 02903-2699

Blue Cross Blue Shield of Rhode Island

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.
8/26 DPAY-1570500S