Anexo de dependientes
Planes individuales y familiares

Complete lo siguiente cuando tenga dependientes adicionales y adjúntelo a la Solicitud.
Este Anexo de dependientes se considerará parte de la Solicitud de plan médico y dental para individuos y familias ("la Solicitud").

Nombre del solicitante _____ Número de seguridad social[1] _____
Número de teléfono _____ Fecha de vigencia _____

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

Apéndice a la Sección 4 Información del dependiente

Dependiente N°. 4

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

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

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

Dirección de correo electrónico _____

Proveedor de atención primaria (PCP) (**Obligatorio para cobertura médica**):

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 N°. 5

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

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 para cobertura médica):**

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

continúa ▶

Dependiente N°. 6

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

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 para cobertura médica**):

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 N°. 7

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

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 para cobertura médica**):

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

SOLO PARA USO INTERNO

Sales eff. date _____ ID# _____ Eligibility _____ Initial _____

[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

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-1570909S