

Solicitud de miembro de grupo pequeño para seguro médico, dental y de la vista



Asegúrese de que TODA la información a continuación esté completa para evitar retrasos en el proceso.

Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra, o ingrese la información con el teclado.

Sección 1 Información del empleador (a ser completada por el empleador).

Nombre del grupo _____ Fecha de vigencia ____/____/____ Fecha de contratación ____/____/____

Número de grupo _____ Número de departamento _____

Elija una:

- Inscripción abierta
- Nueva contratación
- COBRA
- Pérdida de cobertura (evidencia de cobertura anterior)
- Otro _____

o Agregar dependientes

- Cónyuge
- Dependiente

(Debe solicitarlo en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento o adopción del dependiente).

Sección 2 Información del empleado

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Dirección de residencia _____ Ciudad/provincia _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal _____

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

Número de teléfono de residencia _____ - _____ - _____ Número de teléfono celular _____ - _____ - _____

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

¿Cuál es el idioma principal hablado? _____ Dirección de correo electrónico _____

Raza (marque una) Prefiere no responder

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano o latino

Multirracial Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico Blanco

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**NOTA: Debe seleccionar un PCP para usted y todas las personas en su plan, de lo contrario su inscripción se podría retrasar y sus beneficios se podrían reducir**).

¿Es un paciente actual del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

*El Número de Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de informes de seguro obligatorio. Consulte www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Overview.html

Sección 3 Opciones del plan médico

Tipo de plan

Médico:

Individual Familiar

Dental:

Individual Familiar

Visión:

Individual Familiar

¿Qué producto elegirá?

	COSEGURO	DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> VantageBlue	_____	_____
<input type="checkbox"/> VantageBlue SelectRI	_____	_____
<input type="checkbox"/> BasicBlue	_____	_____
<input type="checkbox"/> BlueSolutions	_____	_____
<input type="checkbox"/> BlueCHiP Advance	_____	_____
<input type="checkbox"/> Network Blue New England	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blue Choice New England	_____	_____

Sección 4 Información del cónyuge o pareja doméstica

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Cobertura solicitada para: Médico Dental Visión

Dirección de residencia (si es diferente a la del solicitante) _____

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

Número de teléfono de residencia ___ - ___ - ___ Número de teléfono celular ___ - ___ - ___

Dirección de correo electrónico _____

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (obligatorio) _____

¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

Sección 5 Información de dependientes

Dependiente N.º 1

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para: Médico Dental Visión

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

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (obligatorio) _____

¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

*El Número de Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de obligación de informar sobre seguros.

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 _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para: Médico Dental Visión

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

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (obligatorio)_____

¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

Dependiente N.º 3

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para: Médico Dental Visión

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

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (obligatorio)_____

¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

Dependiente N.º 4

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para: Médico Dental Visión

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

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (obligatorio)_____

¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

Dependiente N.º 5

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura solicitada para: Médico Dental Visión

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

Nombre, dirección, ciudad/provincia, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (obligatorio)_____

¿Actualmente este dependiente es un paciente del PCP indicado arriba? Sí No

Identificación de proveedor nacional (NPI): _____

 Marque aquí si adjunta un formulario para adición de dependientes de grupo.

(Encontrado en BCBSRI.com en la Sección de formularios de empleador de grupo pequeño, de Understanding My Plan)

*El Número de Seguro Social es necesario para cumplir con los requisitos de presentación de informes de la Ley de obligación de informar sobre seguros.
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

¿Está usted o cualquiera de sus dependientes cubierto por otro seguro? Sí No

Nombre de otra aseguradora y nombre de las personas cubiertas:

Persona cubierta 1 _____

Aseguradora _____ Identificación de miembro 1 _____

Persona cubierta 2 _____

Aseguradora _____ Identificación de miembro 2 _____

¿Cuál es el nombre de su aseguradora de gastos médicos anterior? _____

¿Cuándo terminó su cobertura? (dd/mm/aaa) ____/____/____

Adjunte la evidencia de cobertura anterior que muestre la fecha de finalización de cobertura.

¿Es cualquiera de los mencionados en esta solicitud elegible para Medicare? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de la persona elegible _____

Es la persona elegible Mayor de 65 años Discapacitado Fecha de jubilación (si corresponde) _____

Número de Medicare ____ - ____ - ____ - ____

Fechas de vigencia: Parte A (hospital): _____ Parte B (médico): _____

Sección 7 Firma

Con mi firma en este formulario, yo certifico que la información es verdadera y completa según mi leal saber y entender.



Firma del solicitante o firma del padre o tutor legal
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 la Blue Cross and Blue Shield Association.

9/17 PER-198406S