

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



Asegúrese de que TODA la información siguiente esté completa para evitar retrasos en el procesamiento.
Escriba claramente con letra de molde con tinta azul o negra o escriba la información a máquina.

Sección 1 Información del empleador (que deberá completar el administrador del plan).			
Nombre del grupo		Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)
Número de grupo	Número de Departamento		
Escoja una: <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Contratación nueva <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (se requiere Certificado de HIPAA de cobertura acreditable) <input type="checkbox"/> Otro _____		o Agregue dependientes <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente Fecha del evento (mm/dd/aaaa) _____ (Se debe agregar dentro de los siguientes 30 días después del matrimonio, nacimiento o adopción del dependiente).	
Sección 2 Información del empleado			
Apellido	Título	Primer nombre	Inicial del segundo
Dirección de residencia (calle/número de casa)		Ciudad	Estado
Dirección de correo postal (calle/número de casa, ciudad, estado, código postal, si es distinta a la anterior)			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	¿Cuál es el idioma primario que habla?
Número de teléfono de residencia		Número de teléfono celular	
Dirección de correo electrónico			
Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Matrimonio informal <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Cuál es el idioma primario que habla? _____			
Raza (marque una)			
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro Isleño del Pacífico	
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHiP)			
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identificación del proveedor		

*Se requiere el Número de Seguro Social para poder cumplir con los requisitos de información 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 3 Opciones de plan de salud

Tipo de plan

- Médico: Miembro solo Miembro y cónyuge Miembro e hijos
 Miembro, cónyuge e hijos
- Dental: Miembro solo Miembro y cónyuge Miembro e hijos
 Miembro, cónyuge e hijos
- Vista: Miembro solo Miembro y cónyuge Miembro e hijos
 Miembro, cónyuge e hijos

¿Qué productos está escogiendo?

- BlueCHIP _____ VantageBlue _____
- BlueSolutions for HSA _____ VantageBlue SelectRI _____
- Clásico (si está disponible) _____ Dental de Blue Cross _____
- HealthMate Coast-to-Coast _____ Vista de Blue Cross _____
- HealthMate Coast-to-Coast Deductible _____ Vantage Blue with Dental _____
- HealthMate Coast-to-Coast Coinsurance _____ Healthmate Coast-to-Coast with Dental _____
- _____ Pharmacy 4-Tier _____
- _____ Pharmacy 5-Tier _____
- _____ Otro _____

Sección 4 Información del cónyuge

Vista de Blue Cross

Apellido	Título	Primer nombre	Inicial del segundo
----------	--------	---------------	---------------------

Dirección de residencia (calle/número de casa, ciudad, estado, código postal, si es distinta a la del empleado)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Cuál es el idioma primario que habla?
-------------------------------------	---	---	---------------------------------------

Número de teléfono de residencia Número de teléfono celular

Dirección de correo electrónico

Raza (marque una)

- Prefiero no responder Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Hispano o latino Negro o afroamericano Nativo hawaiano u **otro** Isleño del Pacífico
 Blanco

Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (**requerido** para los planes BlueCHIP)

¿Actualmente es un paciente? Sí No Identificación del proveedor

Sección 5 Información del dependiente (si es necesario, adjunte un anexo de dependiente).

*Se requiere el Número de Seguro Social para poder cumplir con los requisitos de información 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 #1 Primer nombre		Apellido	Inicial del segundo	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHiP)				
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identificación del proveedor			
Dependiente #2 Primer nombre		Apellido	Inicial del segundo	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHiP)				
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identificación del proveedor			
Dependiente #3 Primer nombre		Apellido	Inicial del segundo	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHiP)				
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identificación del proveedor			
Dependiente #4 Primer nombre		Apellido	Inicial del segundo	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (xxx-xx-xxxx)*	Dirección de correo electrónico		
Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal del Médico de atención primaria (PCP) (requerido para los planes BlueCHiP)				
¿Actualmente es un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Identificación del proveedor			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si se adjunta un formulario de Anexo de dependiente de grupo.				

*Se requiere el Número de Seguro Social para poder cumplir con los requisitos de información 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 Otro seguro

¿Usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por otro seguro?
 Sí No

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

Persona cubierta 1 _____

Compañía de seguros _____

Identificación del miembro #1 _____

Persona cubierta 2 _____

Compañía de seguros _____

Identificación del miembro #2 _____

¿Cuál es el nombre de la aseguradora de gastos médicos anterior?

¿Cuál es la fecha de terminación? (mm/dd/aaaa)

Si es pérdida de cobertura, adjunte una copia del Certificado de cobertura acreditable.

¿Alguna de las personas nombradas en esta solicitud es elegible para Medicare?

Sí No

Si alguien lo es, nombre de la persona elegible

La persona elegible es

Mayor de 65 años
 Discapacitada

Fecha de jubilación (si aplica)

Número de Medicare

_____ - _____ - _____ - _____

Fechas de vigencia: (mm/dd/aaaa)

Parte A (hospital): _____ Parte B (médico): _____

Sección 7 Firma

Al firmar este formulario certifico que la información es verdadera y completa hasta donde yo sé.



Firma del solicitante

Fecha

Fecha de recepción de la solicitud _____ Identificación # _____