

Solicitud de miembro de grupos pequeños para seguro médico, dental y de visión



Asegúrese de que TODA la información a continuación esté completa para evitar demoras en el procesamiento. Escriba con letra de imprenta clara **usando tinta azul o negra o complete la información en una computadora.**

Sección 1 Información del empleador (debe ser completada por el empleador)

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

Número de grupo _____ Número de departamento _____

Elegir una opción:

- Inscripción abierta
- Contratación nueva
- Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
- Pérdida de cobertura (evidencia de cobertura anterior)
- Otro _____

o Agregue dependiente(s)

- Cónyuge
- Dependiente

(Debe presentar una solicitud dentro de los 30 días del casamiento, nacimiento o adopción de un dependiente).

Sección 2 Información del empleado

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Dirección particular _____ Ciudad/localidad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal _____

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

Número de teléfono del domicilio _____ - _____ - _____ Número de teléfono celular _____ - _____ - _____

Estado civil (marque uno de los siguientes casilleros) Soltero Casado Divorciado Matrimonio de hecho Unión civil Pareja de hecho

¿Cuál es su idioma principal? _____ Dirección de correo electrónico _____

Raza (marque uno de los siguientes casilleros) Prefiero no responder

- Aborigen estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano o latino
- Multirracial
- Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
- Blanco

Nombre, calle, ciudad/estado y código postal del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) **(NOTA: Debe seleccionar un PCP para usted y cualquier persona en su plan; de lo contrario, su inscripción se puede demorar y sus beneficios se pueden reducir)**.

¿Es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

*Se exige el número de seguro social para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios (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

- Gastos médicos:** **Dental:** **Seguro de visión:**
 Individual: Familiar: Individual: Familiar: Individual: Familiar:

¿Qué productos selecciona?

	COSEGURO	DEDUCIBLE	NIVEL EN METALES (Platino, oro, plata, bronce)
<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*	_____	_____	_____

Sección 4 Información del cónyuge o la pareja de hecho

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Cobertura aplicada a lo siguiente: Seguro médico Seguro dental Seguro de visión

Dirección particular (si es diferente a la del solicitante) _____

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

Número de teléfono del domicilio _____ - _____ - _____ Número de teléfono celular _____ - _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre, calle, ciudad/localidad, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**obligatorio**) _____

¿Este dependiente es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

Sección 5 Información del dependiente

Dependiente n.º 1

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura aplicada a lo siguiente: Seguro médico Seguro dental
 Seguro de visión

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de seguro social** _____ - _____ - _____

Nombre, calle, ciudad/localidad, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**obligatorio**) _____

¿Este dependiente es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

* Aprobación pendiente del Departamento de Salud de Rhode Island.

** Se exige el número de seguro social para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios (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 _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura aplicada a lo siguiente: Seguro médico Seguro dental
 Seguro de visión

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de seguro social* _____ - _____ - _____

Nombre, calle, ciudad/localidad, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**obligatorio**) _____

¿Este dependiente es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

Dependiente n.º 3

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura aplicada a lo siguiente: Seguro médico Seguro dental
 Seguro de visión

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de seguro social* _____ - _____ - _____

Nombre, calle, ciudad/localidad, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**obligatorio**) _____

¿Este dependiente es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

Dependiente n.º 4

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura aplicada a lo siguiente: Seguro médico Seguro dental
 Seguro de visión

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de seguro social* _____ - _____ - _____

Nombre, calle, ciudad/localidad, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**obligatorio**) _____

¿Este dependiente es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

Dependiente n.º 5

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____

Relación Hijo Hija Cobertura aplicada a lo siguiente: Seguro médico Seguro dental
 Seguro de visión

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / _____ Número de seguro social* _____ - _____ - _____

Nombre, calle, ciudad/localidad, estado y código postal del proveedor de atención primaria (PCP) (**obligatorio**) _____

¿Este dependiente es paciente actual del PCP mencionado anteriormente? Sí No

Marque esta opción si se adjuntará el Anexo de dependiente del grupo.

(Se encuentra en la sección Small Group Employer Forms [Formularios para el empleador de grupos pequeños] de Understanding My Plan [Comprenda su plan] en BCBSRI.com).

*Se exige el número de seguro social para cumplir con los requisitos de informes de la Ley de Informes de Seguros Obligatorios (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 Otro seguro y Medicare

¿Usted o cualquiera de sus dependientes está cubierto por otro seguro? Sí No

Nombre de la otra aseguradora y nombre(s) de la/s persona(s) cubierta(s):

Persona cubierta 1 _____

Aseguradora _____ N.º de identificación del miembro 1

Persona cubierta 2 _____

Aseguradora _____ N.º de identificación del miembro 2

¿Cómo se llama su aseguradora médica anterior? _____

¿Cuándo finalizó su cobertura? (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____

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

¿Hay alguien mencionado en esta solicitud que sea elegible para Medicare? Sí No

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

La persona elegible: Es mayor de 65 años de edad Es discapacitada

Es jubilado (indicar fecha si corresponde) _____

Número de Medicare ____ - ____ - ____ - ____

Fechas de entrada en vigencia: Parte B (hospitalaria): _____ Parte B (médica): _____

Sección 7 Firma

Al firmar este formulario, certifico que la información es verdadera y completa a mi leal saber y entender.



Firma del solicitante o firma del padre o del tutor
si el solicitante es menor de 18 años de edad.

Fecha

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



500 Exchange Street • Providence, RI 02903-2699

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

07/17 PER-149855S