

INSCRIPCIÓN / CAMBIO DE ESTADO

SECCIÓN 1	INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR - COMPLETAR SECCIONES DEL 1 AL 4				
	Seguro Social del Suscriptor	Apellido del Suscriptor	<input type="checkbox"/> Tildar, de ser nuevo	Primer Nombre del Suscriptor	MI
	Domicilio	<input type="checkbox"/> Tildar, de ser nuevo	Ciudad	Estado	Código de Área/Teléfono Particular
	Código Postal	Condado	Estado Civil Actual <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Código de Área/Teléfono Comercial					

SUSCRIPTOR SECCIÓN 2	Listar todas las personas a ser inscritas / dado de baja:					NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA - SÓLO BCN/POS				Fue atendido en los últimos 12 meses					
		Circular Una	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INI-CIAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	# DE SEGURO SOCIAL	*CÓDIGO PAREN.	APELLIDO	1 ^{ra} . INICIAL	CÓDIGO DEL MÉDICO #	LOCALIDAD DEL MÉDICO	SÍ	NO
	Suscriptor	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _ _ _								
	Cónyuge	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _ _ _								
	Dep--1	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _ _ _								
	Dep--2	Añadir Borrar				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _ _ _ _ _ _ _								

* Código de Parentesco	Previa Afiliación a BCBSM/POS	Razón del Cambio de PCP - Sólo BCN/POS
N - Hijo (Natural o Adoptado) P - Sustento Principal* S - Hijastro A - Adopción del Niño en Proceso* F - Continuación Familiar 19+ L - Tutela Legal* * = Adjuntar Documentación ** = Adjuntar Orden Judicial *** = Adjuntar Declaración del Médico	SD - Dependiente Patrocinado* C - Cobertura por Orden Judicial (QMSCO)** D - Niño Discapacitado (PA 275)*** Estuve inscrito anteriormente en: (Tildar el recuadro apropiado) <input type="checkbox"/> BCBSM <input type="checkbox"/> BCN <input type="checkbox"/> POS Ingresar # de Contrato _____	_____ _____ _____
Si el domicilio permanente del cónyuge o dependiente es diferente al domicilio en la sección uno, favor completar la información a continuación:		
Cónyuge / Dependiente (Nombre completo)	Calle	Ciudad
		Estado
		Código Postal

OTRA COBERTURA SECCIÓN 3	¿Cuenta usted, su cónyuge o dependiente(s) con otra cobertura de salud? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ De ser Sí, completar a continuación:
Persona cubierta (Nombre completo)	Grupo
	Número de Póliza
	Asegurador
	Localidad
Persona cubierta (Nombre completo)	Grupo
	Número de Póliza
	Asegurador
	Localidad
Está usted, su cónyuge o dependiente enumerado en la sección 2 inscrito en Medicare? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ De ser Sí, adjunte una copia de la(s) tarjeta(s) de Medicare. <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menos de 65 <input type="checkbox"/> ESRD (Fin de etapa de enfermedad renal)	

FIRMA SECCIÓN 4	He leído y entiendo las condiciones que se encuentran en la página 1 de este formulario.	
Firma del suscriptor	Fecha de Firma	Observaciones

SÓLO PARA USO DEL GRUPO - TILDAR Y COMPLETAR LOS RECUADROS APROPIADOS

SÓLO PARA USO DEL GRUPO SECCIÓN 5	Grupo / Sujeto o Identificación de BSN /Identi. de Subgrupo	Código Servicio BCBSM/Iden. Clase BCN	Badge Identi. # Empleado	Nombre del Grupo	Firma del Representante del Grupo	Fecha
COBERTURA/PLAN:	Plan Blue Care Network: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental Cobertura BCBSM : <input type="checkbox"/> Tradicional/CMM <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Sólo Dental <input type="checkbox"/> Sólo Visión					
INSCRIPCIÓN:	Fecha de Vigencia:	Fecha de Contratación o Estado de Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Horista <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Regresó al trabajo después de paro involuntario (Layoff) <input type="checkbox"/> Recontratación <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Cónyuge Sobreviviente <input type="checkbox"/> Evento de Habilitación HIPPA (describir el evento) _____			
RAZÓN DEL CAMBIO:	Fecha de Vigencia:	<input type="checkbox"/> Casamiento <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación Duplicada <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre <input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio <input type="checkbox"/> Dependiente(s) <input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura (Se necesita Certificado de Cobertura Verosímil) <input type="checkbox"/> Cambio de PCP <input type="checkbox"/> FCR/DCCR <input type="checkbox"/> Transferecia <input type="checkbox"/> Evento de Habilitación HIPPA (describir el evento): _____				
CANCELACIÓN DE COBERTURA:	Última Fecha de Cobertura:	<input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Lista de Dependiente(s) RAZÓN: <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Dependiente Mayor de Edad <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Otro Seguro <input type="checkbox"/> Dejó Empleo <input type="checkbox"/> Otro _____				
INSCRIPCIÓN COBRA:	Fecha de Habilitación Original:	<input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Reducción de Horas <input type="checkbox"/> Paro Involuntario (Layoff) <input type="checkbox"/> Suscriptor Fallecido <input type="checkbox"/> Divorcio / Separación Legal <input type="checkbox"/> Pérdida de Estado de Dependiente	# de Contrato Previo: _____			
ESTADO DE MEDICARE:	Fecha de Vigencia:	<input type="checkbox"/> Medicare, Cobertura Primaria según Ley(es) MSP <input type="checkbox"/> BCBSM/BCN, Cobertura Primaria según Ley(es) MSP	Favor adjuntar una copia de la(s) tarjeta(s) de Medicare			