Print Form

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Hoja de Trámite

☐ Cambios al Contrato ☐ Seguimiento

INFORMACIÓN GENERAL	
Núm. Grupo/Sponsor: SP0008950	Nombre Grupo/Sponsor: PODER JUDICIAL DE PUERTO RICO
Sección/OrgPol.:	Teléfono:
Número de Asegurado:	Nombre del Asegurado:

☐ I. CAMBIOS A INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

☐ Nombre:

☐ Dirección:

☐ Teléfono:	☐ Fecha de Nacimiento(mm/dd/yy):	☐ Género:

☐ II. CORRECCIÓN DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Nombre:	Incorrecto:	Correcto:

☐ III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN

De (actual):	A:	Fecha de Efectividad(mm/dd/yy):

☐ IV. CAMBIO DE CUBIERTAS ☐ Adición ☐ Cancelación

Nombre	Número de Asegurado	CUBIERTAS (seleccione con una "X")				
		Básica	Dental	Farmacia	Gastos MM	Complementaria
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

☐ V. ADICIONAR A DEPENDIENTE(S) O CAMBIOS A DEPENDIENTE(S) ACTUALES

☐ Directo ☐ Pareja ☐ Opcional

Nombre	Parentesco	Género	Fecha de Nacimiento (mm/ dd/ yy)			Seguro Social	Cubierta Básica	Cubierta Adicional			
								D	F	MM	C
							☐	☐	☐	☐	☐
							☐	☐	☐	☐	☐

☐ VI. CANCELACION ☐ Todo los Asegurados ☐ Dependiente **ENTREGAR COOPIA AL ASEGURADO EN CASO DE CANCELACION**

Nombre	Número de Asegurado	Fecha de Cancelación (mm/ dd/ yy)			Motivo

☐ VII. INTERESA CONVERSION: ☐ Sí Teléfono: ☐ No

☐ VIII. DUPLICADO DE TARJETA

Nombre	Número de Asegurado

☐ IX. OTROS

_____ Firma del Administrador Grupal

_____ Firma del Asegurado

_____ Fecha

INSTRUCCIONES

Este formulario tiene el propósito de facilitar el trámite para cambios, adiciones, cancelaciones y/o otras peticiones. Escoja la categoría deseada y complete los encasillados provistos. Triple-S Salud procederá a cambiar la información en el expediente con una marca (X) o información que usted indique. Recuerde que algunos cambios están permitidos en periodos determinados ó con ciertas especificaciones. Consulte su póliza.

INFORMACIÓN GENERAL

Incluya la información del grupo, asegurado y cualquier documento(s) requerido(s) requerido en este formulario.

I. CAMBIOS INFORMACION DEL CONTRATO

Escoja si el cambio es para el asegurado principal o el dependiente Para cambios o correcciones en el nombre, fecha de nacimiento o género, incluya el certificado de nacimiento del asegurado.

II. CORRECCIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Seleccione si la corrección es para el asegurado principal o el dependiente. Incluya copia de la tarjeta del Seguro Social.

III. TRANSFERENCIA DE SECCIÓN

Indicar en la sección que el asegurado se encuentra al momento y a la que va a ser transferido.

IV. CAMBIO DE CUBIERTAS

Seleccione si el cambio será una adición o cancelación de cubierta y complete la información requerida. Estos cambios solo pueden hacerse durante el periodo autorizado en la póliza. Las cubiertas mandatarias escogidas por el grupo, solo aplican para dependientes opcionales.

- Cubierta Básica * A (ambulatoria)/ H (hospital)/ MQ (médico quirúrgico)
- Dental D
- Farmacia F
- Gastos Médicos Mayores MM/ GM
- Complementaria (Care Plus) C (Medicare Parte B es requerida)

*Para la mayoría de los grupos la cubierta básica es mandataria. Consulte su póliza.

V. ADICIONAR DEPENDIENTE

Seleccione el tipo de dependiente que va a añadir. Complete los espacios requeridos e incluya los certificados o documentos que se indica para cada caso en específico.

- Matrimonio- Certificado de Matrimonio
- Nacimiento- Certificado de Nacimiento
- Hijos estudiantes- Refiérase a su póliza para determinar edad máxima, incluya certificado de Colegio o Universidad acreditada
- Hijos incapacitados- Certificación Médica, Evaluación Psicológica o Psiquiátrica
- Hijos en custodia o adopción- Adjudicación legal (no se consideran Affidávit)

VI. CANCELACION

Seleccione si la cancelación es para el asegurado principal o para un dependiente (s). Las cancelaciones serán efectivas al próximo mes de la petición. Otras cancelaciones serán efectivas según lo establezca su póliza. Complete los espacios requeridos e incluya los certificados o documentos que se indica para cada caso en específico.

- Divorcio- Incluya Sentencia de Divorcio
- Muerte- Incluya Certificado de Defunción
- Matrimonio- Aplica sólo para los dependientes

VII. INTERESA CONVERSION

Si el asegurado cancela beneficios e interesa hacer una conversión de su póliza grupal a un Plan Individual, debe entregar copia de la Hoja de Trámite.

VIII. DUPLICADO DE TARJETA (S)

Seleccione si el duplicado será para todo el contrato o especificar para quién.

IX. OTROS