CERTIFICACIÓN DE DEPENDIENTE DISCAPACITADO

LEA ATENTAMENTE

El formulario de "Certificación de dependiente discapacitado" se utiliza para determinar si su hijo adulto dependiente reúne los requisitos de elegibilidad del plan para continuar con la cobertura una vez alcanzado el límite de edad.

NOTA IMPORTANTE
La imposibilidad de encontrar empleo o la reducción de mano de obra NO constituyen en sí mismas evidencia de elegibilidad para la continuación de la cobertura.

INSTRUCCIONES

Usted o su médico pueden presentar la información solicitada en este formulario de "Certificación de dependiente discapacitado". Complete todas las secciones obligatorias y firme la declaración de testimonio al final. Premera debe recibir la documentación completa en un plazo de 31 días a partir de que el dependiente cumpla 26 años.

Paso 1: complete todas las secciones correspondientes del formulario adjunto de Certificación de dependiente discapacitado.
Paso 2: el suscriptor debe completar y firmar los campos aplicables.
Paso 3: un médico certificado debe completar y firmar los campos aplicables (donde corresponda).
Paso 4: incluya ***una*** de las siguientes:

- Copia de la carta de concesión de Seguro por Discapacidad del Seguro Social* (Social Security Disability Insurance, SSDI) (cuando corresponda).
- Copia de la orden judicial activa (cuando corresponda); por ejemplo: tutela legal.
  - *Si no hay una copia del SSDI O de la orden judicial disponible, se deberá completar y firmar el testimonio del médico.*
- Testimonio del médico (cuando corresponda)
  - Si su hijo tiene solamente Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI)** y *no* SSDI*, el médico de su hijo deberá completar la Sección 3: Declaración del médico.

Paso 5: envíe a:

Premera
Membership & Billing
PO Box 327 MS 737
Seattle, WA 98111-0327

o fax: 888-251-7319

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario adjunto, comuníquese con el Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD
En virtud de las disposiciones de la cobertura del Contrato, un dependiente que posee una discapacidad física o mental puede continuar con la cobertura hasta cualquier edad siempre que se cumpla lo siguiente:

1. El dependiente ha quedado discapacitado antes de alcanzar la edad límite (después de los 25 años de edad).
2. El dependiente debe estar incapacitado o estar imposibilitado de tener un empleo que le permita mantenerse económicamente.
3. El dependiente debe estar discapacitado física o mentalmente antes de alcanzar la edad en la que la cobertura de otro modo terminaría.

El Seguro por Discapacidad del Seguro Social es el Programa de Seguro Federal
El programa de Ingreso de Seguridad Complementario (SSI) paga beneficios a adultos y niños discapacitados con ingresos y recursos limitados.

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para Premera; sin embargo, Premera no está sujeta a la conclusión del médico.

PREMERA BLUE CROSS
Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

DEBEN COMPLETARSE TODAS LAS SECCIONES SEGÚN LAS INSTRUCCIONES (revise atentamente)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR/SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR SECTION 1: SUBSCRIBER INFORMATION/SECTION 1: SUBSCRIBER INFORMATION				
Nombre completo del suscriptor: (apellido, primer nombre, segundo nombre) Full name of Subscriber: (last, first, middle)	N.º de identificación del suscriptor:/Subscriber ID#:		N.º de grupo:/Group #:	
Dirección:/Street Address:	Ciudad:/City:	Estado: State:	Código postal: Zip code:	N.º de teléfono: Telephone No:

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE/SECTION 2: DEPENDENT INFORMATION		
Nombre completo del dependiente discapacitado: (apellido, primer nombre, segundo nombre) Full Name of disabled dependent: (last, first, middle)	Fecha de nacimiento: Date of birth:	Relación con el suscriptor: Relationship to Subscriber:
Estado civil:/Marital Status: ☐ Casado/Married ☐ Soltero/Single	Dirección: (si es diferente de la del suscriptor)/Address: (if different than subscriber)	
Sexo:/Sex: ☐ Masculino/Male ☐ Femenino/Female	Tipo de discapacidad:/Nature of disability:	Fecha de la discapacidad: Date of disability:
¿El dependiente tiene actualmente un seguro de salud adicional/otro seguro de salud? (p. ej., Medicare) Does dependent currently have other/additional health insurance? (example: Medicare) ☐ Sí /Yes ☐ No/No Si la respuesta es Sí, responda los campos siguientes./If Yes, provide responses in the fields below.		
Nombre del seguro de salud adicional/otro seguro de salud: Other/Additional Health Insurance Name:	N.º de identificación del otro seguro de salud: Other Health Insurance ID Number:	N.º de Servicio al Cliente: Customer Service Number:
¿El otro seguro de salud es la cobertura *principal* del dependiente? Is the Other Health Insurance company *Primary* coverage for the dependent? ☐ Sí/Yes ☐ No/No		

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para Premera; sin embargo, Premera no está sujeta a la conclusión del médico.

PREMERA | BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

DOCUMENTOS DE RESPALDO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL O TUTELA LEGAL
SOCIAL SECURITY DISABILITY OR LEGAL GUARDIANSHIP SUPPORTING DOCUMENTS

¿El dependiente ha sido declarado discapacitado por la Administración de Seguro Social?
Has the dependent been declared disabled by the Social Security Administration?

☐ Si la respuesta es **Sí**, adjunte los documentos de SSDI* y SSI**.
If **Yes**, (attach SSDI *and SSI** document)

☐ Si la respuesta es **No**, proporcione la firma del suscriptor abajo y luego continúe con la Sección 3.
If **No**, provide subscriber signature below and then continue to section 3

Si la respuesta es **Sí**, complete lo siguiente:
If **yes**, complete the following:

- Copia de la carta de concesión de SSDI*
  Copy of the SSDI* Award letter
- Extracto mensual más reciente de SSI**
  Most recent monthly SSI** statement
  y/o/and/or
- Orden judicial correspondiente
  Applicable court order
- Firme en la línea de firma del suscriptor y **DETÉNGASE AHÍ.**
  Sign on the Subscriber signature line and **STOP**

Si la respuesta es **No**, complete con la firma del suscriptor y luego continúe con la Sección 3.
If **no**, provide subscriber signature and then continue to section 3.

Firma del suscriptor:/**Subscriber Signature**:

_____

O
OR

¿El dependiente fue ubicado en tutela legal por una orden judicial?
Has the dependent been placed in Legal Guardianship by a court order?

☐ Si la respuesta es **Sí,** adjunte la orden judicial activa.
If **Yes,** (attach active court order)

☐ Si la respuesta es **No**, proporcione la firma del suscriptor abajo y luego continúe con la Sección 3.
If **No**, provide subscriber signature below and then continue to section 3

Si la respuesta es **Sí**, complete lo siguiente:
If **yes**, complete the following:

- Adjunte la copia de la orden judicial activa de tutela legal.
  Attach the copy of the active Legal Guardianship court order
- Firme en la línea de firma del suscriptor y **DETÉNGASE AHÍ.**
  Sign on the Subscriber signature line and **STOP**

Si la respuesta es **No**, proporcione la firma del suscriptor abajo y luego continúe con la Sección 3.
If **no**, provide subscriber signature below and then continue to section 3.

Firma del suscriptor:/**Subscriber Signature**:

_____

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para Premera; sin embargo, Premera no está sujeta a la conclusión del médico.

PREMERA | BLUE CROSS
Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

FIRMA DEL SUSCRIPTOR: Debe proporcionarse la firma para que el formulario tenga validez.
SUBSCRIBER SIGNATURE – must be signed for the form to be valid

Tenga en cuenta: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.
Please note: it is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Certifico/Doy fe de que <nombre del dependiente> cumple con los siguientes criterios:
I certify/attest that <Dependent's Name> meets the following criteria:

1. el dependiente quedó discapacitado antes de alcanzar la edad límite; y
   The dependent became disabled before reaching the limiting age; and
2. es incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse económicamente debido a la discapacidad; y
   Is incapable of self-sustaining employment due to disability; and
3. depende principalmente del suscriptor (y/o cónyuge) para su sostén y mantenimiento.
   The dependent relies primarily upon Subscriber (and/or spouse) for support and maintenance.

Firma del suscriptor/Subscriber's Signature _____

Fecha de la firma/Date of Signature _____

(Mi firma certifica que las declaraciones anteriores son verdaderas y, de ser necesario, puedo proporcionar documentación

(My signature attests that the above statements are true and if requested I can provide further substantiating documentation.)

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para Premera; sin embargo, Premera no está sujeta a la conclusión del médico.

PREMERA | BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL MÉDICO: Lo siguiente deber ser completado, firmado y certificado por un médico.

SECTION 3: PHYSICIAN'S INFORMATION – the following must be completed, signed and certified by a physician

NOTA IMPORTANTE/IMPORTANT NOTE

La imposibilidad de encontrar empleo o la reducción de mano de obra NO constituyen en sí mismas evidencia de elegibilidad para la continuación de la cobertura.

The inability to find employment or a reduction in work force is, of themselves, NOT evidence of eligibility for continuation of coverage

Nombre del proveedor:/Provider Name:	Dirección postal del proveedor: Provider Mailing Address:	Teléfono/Provider Contact de contacto del proveedor:/Phone: Número de fax:/Fax Number:
Fecha del último examen del paciente: Date of Patient's last exam: (La fecha de solicitud y la fecha del último examen deben ser del año anterior) (The application date and date of the last exam must be Must be within the past year)	La discapacidad es completa (100 %) Disability is Complete 100% ☐ Sí/Yes ☐ No/No	La discapacidad es: Parcial _____% Disability is: Partial _____%
¿Esta discapacidad es temporal o permanente? Is this disability temporary or permanent? ☐ Temporal /Temporary ☐ Permanente/Permanent		Si es temporal, duración estimada: If temporary, estimated duration:

Diagnóstico que provoca la discapacidad: (proporcione ICD-10 y la nomenclatura estándar de la afección)
Diagnosis causing disability: (provide ICD-10 and standard nomenclature of condition)

¿El dependiente/paciente será capaz de mantenerse por su cuenta?/Will dependent/patient be capable of self-support
☐ Sí/Yes ☐ No. Si la respuesta es Sí, indique cuándo (fecha)/No. If yes, when (date).

Tenga en cuenta: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

Please note: it is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Firma del médico tratante (en letra de molde/credenciales):/Signature of Attending Physician (Print / Credentials):
_____

Fecha de la firma:/Date of Signature: _____

(Mi firma certifica que las declaraciones anteriores son verdaderas y, de ser necesario, puedo proporcionar documentación probatoria adicional).

(My signature attests that the above statements are true and if requested I can provide further substantiating documentation.)

** Las declaraciones del médico tratante referentes al estado de discapacidad son necesarias e importantes para Premera; sin embargo, Premera no está sujeta a la conclusión del médico.