



MASSACHUSETTS

Gracias por elegir un Plan Blue Cross Blue Shield.

Dedique unos minutos a completar el formulario de afiliación adjunto y así nos ayudará a determinar su afiliación.

Antes de comenzar

Lea atentamente las siguientes instrucciones.

Para afiliados de HMO Blue®, Network Blue, Blue Choice® HMO Blue New England o Blue Choice New England:

Usted deberá elegir un Médico de Atención Primaria (PCP) al momento de afiliarse. Elija alguno de los PCP que aparecen en el Directorio de Proveedores de su plan. Asegúrese de leer el punto: “PCP ID #” en la Sección 2. Indique el PCP de su elección en su formulario de afiliación. También puede encontrar el número de identificación de su PCP en www.bluecrossma.com, seleccionando la opción “*Find a Doctor*” (Buscar un Médico).

Para los afiliados Access Blue: Si bien no es obligatorio que elija un PCP, le recomendamos que lo haga. Para elegir un PCP, siga las instrucciones de la Sección 2 en el reverso de esta página.

Importante: ¿Usted tiene cobertura de Medicare u otro tipo de seguro?

Necesitamos saber si usted o algún miembro de su familia afiliado tienen cobertura de Medicare u otro tipo de seguro. Indique Sí o No en el casillero correspondiente. Esta información nos ayudará a coordinar sus beneficios con precisión. Siga las instrucciones de las Secciones 2 y 3.

Instrucciones especiales para Cobertura de Estudiante

Si usted procura obtener una cobertura para un estudiante de tiempo completo mayor de 19 años, deberá completar un formulario de Certificado de Estudiante. (Consulte con su empleador para verificar si esta cobertura está disponible).

El empleado conserva la copia rosa.

El empleador conserva la copia amarilla.

Envíe la copia blanca a:
Blue Cross Blue Shield of Massachusetts
P.O. Box 9145
North Quincy, MA 02171-9145

Instrucciones

Sección 1 Para ser completada por su Empleador

Su empleador deberá completar esta sección.

Tipo de transacción – Marque el(los) casillero(s) correspondientes.

Códigos de cancelación de Suscriptor. Si el suscriptor decide no continuar con alguna de las coberturas BCBS, seleccione cuidadosamente una de las siguientes opciones e indique el código de tres dígitos en el formulario.

Código #	Situación
041	<ul style="list-style-type: none">Cambio a otro plan de saludFinalización voluntariaCancelación de COBRA (menos de 18 meses o no-pago)
042	<ul style="list-style-type: none">Mayor de 65 años, cambio a plan Group Medex®. (Requiere Medicare A y B)Mayor de 65 años, cambio a plan Direct-pay Medex. (Requiere Medicare A y B)Mayor de 65 años, cambio a complemento de Medicare que no sean planes Medex.
043	<ul style="list-style-type: none">Medicare (años =< 65)

Código #	Situación
061	<ul style="list-style-type: none">Abandono del empleoFinalización de COBRA
063	<ul style="list-style-type: none">Traslado
064	<ul style="list-style-type: none">Cancelación a la fecha de vigencia original
070	<ul style="list-style-type: none">Fallecimiento
071	<ul style="list-style-type: none">Mudanza fuera del estado (fuera del área de cobertura de HMO)
076	<ul style="list-style-type: none">Servicio militar

Nota: Si los suscriptores agregan o eliminan un beneficio solamente (médico/dental), indique “agregar médico”, “agregar dental”, “cancelar médico” o “cancelar dental” en la sección “Observaciones”.

Si sus nuevos empleados están a prueba, indique el plazo de este período en la sección “Observaciones”, así como también los acontecimientos determinantes para los nuevos afiliados.

Si su suscriptor pasa de un grupo activo a un grupo de retiro (dentro de la misma cuenta), esto constituye un traslado y no una finalización. Debe incluir el Número de Identificación del Grupo Médico o Dental al que es trasladado.

La fecha de cancelación será el primer día sin cobertura.

Acontecimientos determinantes - Observaciones:

Para facilitar el proceso de afiliación, utilice los casilleros o escriba la información pertinente en la sección “Observaciones” del formulario.

- Afiliación abierta – Marque este casillero en el caso de una afiliación abierta.
- Empleado nuevo – Marque este casillero para los nuevos empleados de la empresa.
- COBRA – Marque este casillero si la persona continúa con la cobertura bajo la Ley COBRA.
- Agregar cónyuge – Marque esta opción para agregar un cónyuge. Asegúrese de que la fecha de casamiento esté dentro de los límites del período retroactivo aprobado.
- Agregar dependiente - Marque esta opción para agregar un dependiente.
- Pérdida de cobertura - Marque esta opción si la persona perdió la cobertura recibida a través de un cónyuge o padre. Deberá incluir la Carta de Continuación de Cobertura de HIPAA de su anterior empresa/aseguradora. Si tiene dudas, comuníquese con el Representante de Servicios de Cuentas.
- Otros - Marque esta opción si los cambios de familia requieren explicación adicional. Indique los motivos del cambio (p.ej. orden judicial, adopción, nueva legislación de Dependientes bajo HCR, custodia legal, etc.). Incluya la documentación que evidencie esa condición. Si tiene dudas, comuníquese con su Representante de Servicios de Cuentas.

Sección 2 Información acerca de Usted (Afiliado 1)

PCP ID # - Si su plan de salud exige que elija un médico de atención primaria (PCP), deberá completar esta sección. Escriba el número de identificación del PCP (no el número de teléfono) del médico que haya elegido para coordinar su atención de salud. Usted encontrará el número de identificación de PCP de su médico en el Directorio de Proveedores de su plan de salud.

Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame al Servicio de Selección de Médicos al 1-800-821-1388, donde uno de nuestros representantes estará a su disposición para ayudarlo a seleccionar un profesional.

Para buscar el número de identificación de PCP puede ingresar a www.bluecrossma.com y seleccionar la opción “Find a Doctor” (Buscar un Médico).

Otros seguros - ¿Usted tiene Medicare u otro tipo de seguro? Asegúrese de marcar el casillero correcto, indicando **Sí** o **No**. Si tiene otro seguro, escriba el nombre de la otra empresa aseguradora y su ubicación (ciudad y estado).

Para agregar o eliminar un afiliado - ¿Usted desea agregar o eliminar un afiliado del grupo ya existente? Si la respuesta es **Sí**, complete las partes correspondientes en las Secciones 1 y 2. (Es posible que necesite ayuda de su empleador para completar la Sección 1). Luego, indique la información de los afiliados que desea agregar o eliminar en la Sección 3 y/o en la Sección 4.

Sección 3 Cuéntenos acerca de su Cónyuge (Afiliado 2)

Si usted elige una afiliación **Familiar**, complete esta sección, si desea que el Afiliado 2 reciba cobertura. (Nota: El Afiliado 2 no puede recibir cobertura bajo una afiliación **Individual**).

Otros seguros - ¿Su cónyuge tiene Medicare u otro tipo de seguro? Asegúrese de marcar el casillero correcto, eligiendo las opciones **Sí** o **No**. Si su cónyuge tiene otro seguro, escriba el nombre de la otra empresa aseguradora y su ubicación (ciudad y estado).

Sección 4 Cuéntenos acerca de sus Dependientes (Afiliados 3, 4 y 5)

Si usted elige una afiliación **Familiar** complete esta sección para todos los hijos u otros dependientes que reúnan los requisitos para recibir cobertura. (Nota: Los dependientes no pueden recibir cobertura bajo una afiliación **Individual**).

Si usted tiene más de tres dependientes que recibirán cobertura, utilice Formularios de Afiliación adicionales según sea necesario. Indique en el formulario que se han utilizado otros formularios adicionales y anote el número total de dependientes que usted desea afiliar.

Sección 5 Seleccione Cuenta de Ahorros Personal (Solamente para Afiliados de Blue Healthcare Bank)

Es posible que su empleador le haya ofrecido una cuenta de ahorros personal junto con la propuesta de atención médica. Consulte la información disponible sobre su afiliación abierta y o con el departamento de Recursos Humanos para determinar si esta opción le corresponde.

HSA – Marque esta opción si usted tiene o está abriendo una Cuenta de Ahorros de Salud (*Health Savings Account*).

FSA - Salud - Marque esta opción si tiene o está abriendo una Cuenta de Salud de Gastos Flexibles (*Health Flexible Spending Account*).

FSA - Dep. - Marque esta opción si tiene o está abriendo una Cuenta de Reintegro por Atención de Dependiente (*Dependent Care Reimbursement Account*).

FSA –Montos Propuestos – Ingrese el monto propuesto para la FSA de su elección. Consulte con su empleador para verificar los límites de monto o las restricciones asociadas a estos tipos de cuentas de gastos flexibles.

Para cada opción:

Fecha de inicio: Su fecha de inicio es considerada para fines impositivos como la fecha de inicio de su plan médico, siempre y cuando usted haya firmado, indicado la fecha y presentado su solicitud completa para estas cuentas en o antes de esa fecha.

Fecha de finalización: Su fecha de finalización es la fecha que usted elige para terminar sus depósitos en la cuenta financiera seleccionada. Si tiene dudas, consulte con su empleador.

Nota: Si usted cambia de un plan médico/dental a otro, debe notificar que continuará con su cuenta de ahorros personal, completando la Sección 5 del Formulario de Afiliación y Modificación.

Sección 6 Firmas (Empleador y Empleado)

Afiliado: Firme e indique la fecha en la solicitud y entréguela a su empleador. **Empleador:** Firme e indique la fecha en la solicitud y entréguela a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts.

© Marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

© 2007 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc. y Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc. Impreso en Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc.



Lea las instrucciones antes de completar este formulario

Formulario de Afiliación y Modificación

MASSACHUSETTS

IMPRIMA CON CLARIDAD usando tinta azul o negra para evitar demoras en la cobertura.

Envíe por correo a: BCBS, P.O. Box 9145, North Quincy, MA 02171-9145

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts es una Licencia Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

1. Para ser completado por su Empleador

Nombre de la empresa		Grupo Médico Actual #		Traslado a Grupo Médico #	
BCBS actual Id #, si corresponde	Fecha efectiva solicitada MM DD AAAA	Fecha contratación MM DD AAAA	Grupo Dental actual #	Grupo Dental de traslado#	
Tipo de transacción <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> TRASLADAR <input type="checkbox"/> CANCELAR	(Si viaja, vea instrucciones para código de terminación de tres dígitos) [][][]	Observaciones (acontecimiento determinante para agregar miembro nuevo, cambio de familia u otra instrucción)			
		<input type="checkbox"/> Afiliación abierta <input type="checkbox"/> Empleado nuevo <input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Cambio de Familia <input type="checkbox"/> Agregar Cónyuge <input type="checkbox"/> Agregar Persona a Cargo	<input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura (Se requiere Carta de Continuación de Cobertura HIPAA) <input type="checkbox"/> Otro _____	

2. Información acerca de (Afiliado 1)

¿Qué productos desea seleccionar? <input type="checkbox"/> HMO Blue <input type="checkbox"/> Network Blue <input type="checkbox"/> Blue Choice <input type="checkbox"/> Saver Product	<input type="checkbox"/> Dental Blue <input type="checkbox"/> Access Blue <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> HMO Blue New England <input type="checkbox"/> Blue Choice New England <input type="checkbox"/> Otro (Escriba el nombre del Plan)	Tipo de Afiliación (Médica) <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar		Tipo de Afiliación (Dental) <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	
			Primer Nombre		Inicial 2do. Nombre	Apellido
Calle / P.O. Box #		Apartamento #	Ciudad/Pueblo		Estado	Código Postal
Seguridad Social #	Teléfono # (código de área) ()	¿Otro seguro? * S / N	Otro Seguro Salud – Nombre Empresa Seguro		Ciudad/Estado	
PCP ID #: (ver instrucciones)	Nombre PCP		Ciudad/Estado		¿Es su PCP actual? Marque X, si la respuesta es SÍ <input type="checkbox"/>	
¿Tiene cobertura de Medicare? * S / N	Parte A.Fecha vigencia MM DD YYYY	Parte B.Fecha vigencia MM DD AAAA	Parte D.Fecha vigencia MM DD AAAA	Medicare #: <input type="checkbox"/> 65+ <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> ESRD	Actively Working S / N Si es retirado, indique fecha	

3. Información acerca de (Afiliado 2) Please check one: Spouse Domestic Partner Divorced Spouse (court ordered)

Primer Nombre Afiliado 2		Inicial 2do. Nombre	Apellido		Sexo	Fecha Nacimiento MM DD AAAA
Calle / P.O. Box #		Apartamento #	Ciudad/Pueblo		Estado	Código Postal
Seguridad Social #	Teléfono # (código de área) ()	¿Otro seguro? * S / N	Otro Seguro Salud – Nombre Empresa Seguro		Ciudad/Estado	
PCP ID #: (ver instrucciones)	Nombre PCP		Ciudad/Estado		¿Es su PCP actual? Marque X, si la respuesta es SÍ <input type="checkbox"/>	
¿Tiene cobertura de Medicare? * S / N	Parte A.Fecha vigencia MM DD YYYY	Parte B.Fecha vigencia MM DD AAAA	Parte D.Fecha vigencia MM DD AAAA	Medicare #: <input type="checkbox"/> 65+ <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> ESRD	Actively Working S / N Si es retirado, indique fecha	

*Si no indica SÍ o NO respecto de Medicare u otro tipo de seguro, podrá recibir un cuestionario de seguimiento.

4. Información acerca de Dependientes (Afiliados 3, 4 y 5)

Primer Nombre Dependiente 3.)	Inicial 2do. Nombre	Apellido		Sexo	¿Estudiante de tiempo completo? 19 años o más S / N
Seguridad Social #	Fecha Nacimiento	PCP ID # (ver instrucciones)		Nombre PCP	
Primer Nombre Dependiente 4.)	Inicial 2do. Nombre	Apellido		Sexo	¿Estudiante de tiempo completo? 19 años o más S / N
Seguridad Social #	Fecha Nacimiento	PCP ID # (ver instrucciones)		Nombre PCP	
Primer Nombre Dependiente 5.)	Inicial 2do. Nombre	Apellido		Sexo	¿Estudiante de tiempo completo? 19 años o más S / N
Seguridad Social #	Fecha Nacimiento	PCP ID # (ver instrucciones)		Nombre PCP	

Marque aquí si utiliza formularios separados para hijos dependientes adicionales

Cantidad total Dependientes: _____

5. Seleccione Cuenta de Ahorros Personal (si corresponde)

<input type="checkbox"/> HSA	Fecha Inicio	Fecha Finalización	MONTOS PROPUESTOS FSA: (Ver instrucciones para límites máximos)
<input type="checkbox"/> FSA - Salud	Fecha Inicio	Fecha Finalización	Salud \$:
<input type="checkbox"/> FSA - Dep.	Fecha Inicio	Fecha Finalización	Cuidados Dependientes \$:

6. Firmas (Empleador y Empleado)

La información que aquí se incluye es completa y verídica. Entiendo que Blue Cross and Blue Shield se basará en esta información para afiliarme y afiliarme a mis dependientes o para realizar cambios en mi afiliación. Entiendo que debo leer el certificado de suscriptor o el cuadernillo de beneficios provisto por mi empleador para comprender cuáles son mis beneficios y las restricciones que corresponden a mi plan de atención de salud. Entiendo que Blue Cross and Blue Shield puede obtener información personal y médica acerca de mí persona para la realización de su actividad comercial, y que puede utilizar y divulgar esa información de acuerdo a las disposiciones legales. Reconozco que puedo obtener más información acerca del proceso de recopilación, uso y divulgación de mis datos en la Notificación de Prácticas de Privacidad de Blue Cross and Blue Shield: "Nuestro compromiso con la confidencialidad".

Firma del Empleador

Fecha

Firma del Empleado

Fecha

Información importante acerca de su cobertura HMO Blue, Network Blue o Blue Choice®

Servicios cubiertos HMO Blue, Network Blue: Llame a su médico de atención primaria para todos los casos de atención médica de rutina y urgencias.

Servicios cubiertos Blue Choice: Para tener cobertura en los niveles más altos de beneficio, la atención médica debe ser provista o acordada por su PCP.

Emergencias con riesgo de vida: Para casos de emergencia inmediatos y que pongan en riesgo la vida, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de que alguna persona llame a su HMO dentro de las 48 horas.

Atención médica fuera del área de servicio: Si usted está transitoriamente fuera del área de servicio de HMO, recibirá cobertura solamente por la aparición inesperada de una afección grave que exija atención médica o quirúrgica inmediata. Asegúrese de que alguna persona llame a su PCP o a su HMO dentro de las 48 horas.

Nuestra política sobre recopilación y divulgación de datos

Estamos autorizados a recabar información de sus proveedores de salud, otras empresas de seguro o de su empleador para poder determinar su cobertura y administrar sus beneficios. Los datos recabados no serán divulgados a terceros sin su permiso, excepto lo que sea autorizado por ley. Usted tiene derecho de acceder a la información que recabamos y a solicitar la corrección de aquellos datos que usted considere incorrectos. Podrá solicitar por escrito una descripción más detallada de nuestras prácticas de información.