



MASSACHUSETTS

# Formulario de Inscripción



Gracias por elegir un plan de Blue Cross Blue Shield.

Tómate unos pocos minutos para ayudarnos a organizar tu membresía completando el formulario de inscripción adjunto.

## Antes de comenzar

Lee atentamente las instrucciones a continuación.

**Para los miembros de HMO Blue<sup>®</sup>, Network Blue<sup>®</sup>, Blue Choice<sup>®</sup>, HMO Blue New England<sup>SM</sup>**

o Blue Choice New England<sup>SM</sup>: Debes elegir un médico de atención primaria (PCP) cuando te inscribes. Elige un PCP del directorio de proveedores del plan. Asegúrate de leer "N.º de identificación de PCP" en la Sección 2. Enumera el PCP que elegiste en tu formulario de inscripción. También puedes encontrar el número de identificación de PCP si visitas [www.bluecrossma.com](http://www.bluecrossma.com) y seleccionas **Buscar un médico**.

**Para los miembros de Access Blue<sup>SM</sup>**: Aunque no es necesario que elijas un PCP, te recomendamos hacerlo siguiendo las instrucciones en la Sección 2 en la parte de atrás de esta página.

**Importante:** ¿Estás cubierto por Medicare u otro seguro? Necesitamos saber si tú o algún miembro de tu familia mencionado tiene Medicaid y/u otro seguro. Asegúrate de hacer un círculo en S (para Sí) o N (para No) en la casilla correcta. Esta información nos ayudará a coordinar con éxito tus beneficios. Sigue las instrucciones en la Sección 2 y 3. Si no has indicado Sí o No respecto a tu estado de seguro de Medicare u otro, es posible que recibas una pregunta de seguimiento.

Imprime dos copias, una para tus registros y otra para tu empleador para firmarlas y enviarlas por correo a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts. Para completar tu solicitud de inscripción, tu empleador debe firmar la solicitud.

**Instrucciones especiales para la cobertura para estudiantes:** Si buscas cobertura para un dependiente estudiante tiempo completo mayor de 19 años, es posible que necesites completar un formulario de Certificado de estudiante. Verifica con tu empleador para ver si esta cobertura se encuentra disponible.

**Blue Cross Blue Shield of Massachusetts**  
P.O. Box 986001  
Boston, MA 02298

# Instrucciones

## Sección 1 Para ser completado por tu empleador

Tu empleador llenará esta sección.

**Tipo de transacción** - Marca las casillas que correspondan.

**Códigos de cancelación del suscriptor.** Si el suscriptor no continuará con la cobertura de Blue Cross Blue Shield, selecciona detenidamente una de las siguientes situaciones e indica el código de tres dígitos en el formulario.

N.º de código	Motivo de cancelacion	N.º de código	Motivo de cancelacion
041	<ul style="list-style-type: none"><li>Se cambia a otro plan de salud</li><li>Finalización voluntaria</li><li>Cancelación de COBRA (menor de 18 años o falta de pago)</li></ul>	061	<ul style="list-style-type: none"><li>Abandono de empleo</li><li>Finalización de COBRA</li></ul>
042	<ul style="list-style-type: none"><li>Mayor de 65, se cambia al plan Group® Medex. (Requiere Medicare A y B)</li><li>Mayor de 65, se cambia a un plan Medex de pago directo. (Requiere Medicare A y B)</li><li>Mayor de 65, se cambia a una cobertura suplementaria que no sea los planes de Medex.</li></ul>	063	<ul style="list-style-type: none"><li>Transferencia</li></ul>
043	<ul style="list-style-type: none"><li>Medicare (edad =&lt; 65)</li></ul>	064	<ul style="list-style-type: none"><li>Cancelación a partir de la fecha de entrada en vigencia original</li></ul>
		070	<ul style="list-style-type: none"><li>Fallecimiento</li></ul>
		071	<ul style="list-style-type: none"><li>Se mudó fuera del estado (fuera del área de servicio de HMO)</li></ul>
		076	<ul style="list-style-type: none"><li>Servicio militar</li></ul>

**Nota:** Si tus suscriptores están agregando o abandonando un beneficio solamente (médico/dental), indica “agregar médico”, “agregar dental”, “cancelar médico” o “cancelar dental” en la sección “Comentarios”.

Si tus nuevas contrataciones están sujetas a un período de prueba, indica el período de tiempo en la sección “Comentarios”, como así también los eventos que reúnen los requisitos para los nuevos inscritos.

Si un suscriptor se pasa de un grupo activo a un grupo de jubilados (dentro de la misma cuenta), esto implica una transferencia, no una finalización. Incluye el N.º de Grupo médico o dental al cual realizas la transferencia.

La fecha de cancelación será el primer día sin cobertura.

### Eventos que reúnen los requisitos - Comentarios:

Para ayudarte en el proceso de inscripción, utiliza las casillas de verificación o escribe la información correspondiente en la sección “Comentarios” del formulario.

- Inscripción abierta: marca esta casilla para inscripción abierta.
- Nueva contratación: marca esta casilla para las nuevas contrataciones a la compañía.
- COBRA: marca esta casilla si la persona continúa la cobertura bajo COBRA.
- Agregar cónyuge: marca esta casilla si agregas al cónyuge. Asegúrate de que la fecha de matrimonio esté dentro del período retroactivo aprobado.
- Agregar dependiente: marca esta casilla si agregas un dependiente.
- Pérdida de cobertura: marca esta casilla si la persona perdió la cobertura a través de su cónyuge o padre. Incluye la Carta de continuación de cobertura de la HIPAA de la compañía/aseguradora anterior. Si tienes alguna pregunta, comunícate con tu representante del servicio de cuentas.
- Otro: marca esta casilla si el cambio a familia requiere una explicación adicional. Escribe el motivo del cambio (por ejemplo: orden judicial, adopción, Ley del nuevo dependiente según HCR, custodia legal, etc.). Incluye la documentación de respaldo. Si tienes alguna pregunta, comunícate con tu representante del servicio de cuentas.

## Sección 2 De ti (Miembro 1)

Completa toda la información que se aplica a ti. (OBLIGATORIO)\*

**N.º de identificación de PCP:** Si tu plan de salud te exige que elijas un médico de atención primaria (PCP), completa esta sección. Escribe el número de identificación de PCP (no el número de teléfono) del médico que eligió para coordinar tu atención médica. Encontrarás el número de identificación de PCP en el directorio de proveedores para tu plan de salud. Si necesitas ayuda para elegir un PCP, llama a nuestro Servicio de Selección de Médicos al 1-800-821-1388. Un representante estará encantado de ayudarte a seleccionar un médico. Puedes encontrar el número de identificación de PCP en [www.bluecrossma.com](http://www.bluecrossma.com), selecciona **Buscar un médico**.

**Otro seguro:** ¿Tienes otro seguro de salud o Medicare? Asegúrate de hacer un círculo en **S** (para *si*) o **N** (para *no*) en la casilla correcta. Si tienes otro seguro, escribe el nombre de la otra compañía de seguros y su ubicación (ciudad y estado).

**Para agregar o eliminar un miembro:** ¿Estás agregando o eliminando un miembro de tu membresía existente? Si la respuesta es afirmativa, completa las áreas en las Secciones 1 y 2. Es posible que necesites ayuda de tu empleador para completar la Sección 1. Luego, proporciona los detalles de los miembros que estás agregando o eliminando en la Sección 3 y/o Sección 4.

## Sección 3 Miembro 2

Si eliges una membresía **familiar**, completa esta sección si deseas que el Miembro 2 esté cubierto. (OBLIGATORIO)\* (Nota: El miembro 2 no puede estar cubierto en una membresía **individual**).

**Otro seguro:** ¿Tu cónyuge tiene otro seguro de salud o Medicare? Asegúrate de hacer un círculo en **S** (para *si*) o **N** (para *no*) en la casilla correcta. Si tu cónyuge tiene otro seguro, escribe el nombre de la otra compañía de seguros y su ubicación (ciudad y estado).

## Sección 4 Tus dependientes elegibles (Miembros 3, 4 y 5)

Si eliges una membresía **familiar**, completa en esta sección todos los niños y otros dependientes elegibles que deseas sean cubiertos. (OBLIGATORIO)\* (Nota: Los dependientes no pueden estar cubiertos bajo una membresía **individual**).

Si tienes más de tres dependientes para recibir cobertura, utiliza los Formularios de inscripción adicionales según sea necesario. Indica en el formulario que se utilizaron formularios adicionales y escribe el número total de dependientes que deseas inscribir.

## Sección 5 Una cuenta de ahorros personal

Es posible que tu empleador haya elegido ofrecer una cuenta de ahorros personal junto con tu oferta médica. Consulta tus materiales de inscripción abierta y/o al departamento de Recursos Humanos para determinar si esto se aplica a ti.

**Para cada opción:**

**Fecha de inicio:** Tu fecha de inicio será considerada establecida con fines impositivos a partir de la fecha de inicio de tu plan médico, siempre que hayas firmado, fechado y enviado la solicitud completa para estas cuentas en esa fecha o con anterioridad.

**Fecha de finalización:** Tu fecha de finalización es la fecha que eliges para dejar de realizar depósitos en la cuenta financiera seleccionada. Si tienes alguna pregunta, consulta con tu empleador.

**Nota:** Si estás haciendo la transferencia de un plan médico/dental a otro plan médico/dental, proporciona una notificación que exprese que continuarás con tu cuenta de ahorros personal completando la Sección 5 del formulario de Inscripción y Cambio.

## Sección 6 Firmas (Empleador y Empleado)

Empleado: Firma y coloca la fecha de la solicitud, y devuélvela a tu empleador. Empleador: Firma y coloca la fecha de la solicitud, y devuélvela a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts.

\***OBLIGATORIO:** La Ley de Cuidado de Salud Asequible nos exige obtener el número de Seguro Social de usted y de cualquier dependiente que se inscriba en su plan.

Lee las instrucciones antes de completar este formulario.



MASSACHUSETTS

Formulario de inscripción y cambio

Envíalo por correo a: P.O. Box 986001  
Boston, MA 02298 o por fax al 1-617-246-7531

COMPLETA O ESCRIBE CON LETRA DE IMPRENTA CLARA usando tinta azul o negra para evitar retrasos en la cobertura o completa la información

**1. Para ser completado por tu empleador**

Nombre de la compañía		N.º del grupo médico actual:		N.º de grupo médico, transferencia a	
N.º de identificación de BCBS actual, si corresponde	Fecha de entrada en vigencia solicitada MM DD AAAA	Fecha de contratación MM DD AAAA	N.º del grupo dental actual:	N.º del grupo dental, al cual se realiza la transferencia	
Tipo de transacción <input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CANCELAR <input type="checkbox"/> CAMBIAR <input type="checkbox"/> TRANSFERIR Código de cancelación de tres dígitos		Comentarios: (por ejemplo, evento que reúne los requisitos para agregar uno nuevo, cambiar a membresía familiar u otra instrucción)			
		<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Cambiar a familiar	<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (se requiere la Carta de continuación de cobertura de la HIPAA)	
		<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge		
		<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Agregar dependiente	<input type="checkbox"/> Otro _____	

**2. De ti (Miembro 1)**

¿Qué productos estás seleccionando? <input type="checkbox"/> Access Blue <input type="checkbox"/> Blue Medicare Rx (Part D) <input type="checkbox"/> HMO Blue New England <input type="checkbox"/> Network Blue <input type="checkbox"/> Blue Choice <input type="checkbox"/> Dental Blue <input type="checkbox"/> Managed Blue for Seniors <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Blue Choice New England <input type="checkbox"/> HMO Blue <input type="checkbox"/> Medex (Group) <input type="checkbox"/> Saver Blue	Tipo de membresía (Médica) <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	Tipo de membresía (Dental) <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar		
Tu primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento
Dirección/ N.º de casilla postal:	N.º de apartamento:	Ciudad/ Localidad	Estado	Código postal
Teléfono particular ( )	Teléfono celular ( )	Correo electrónico		
N.º de Seguro Social (OBLIGATORIO) <sup>1</sup> :	¿Otro seguro? <sup>2</sup> S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Nombre de la otra compañía de seguros	Ciudad/Estado	
N.º de identificación de PCP: (consulta instrucciones)	Nombre del PCP	Ciudad/Estado		¿Es este tu PCP actual? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
¿Estás cubierto por Medicare? <sup>2</sup> S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A MM DD AAAA	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B MM DD AAAA	Fecha de entrada en vigencia de la Parte D MM DD AAAA	N.º de Medicare: <input type="checkbox"/> 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> ESRD Si eres jubilado, fecha:
				¿Eres trabajador en actividad? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

**3. Miembro 2** Marca una:  Cónyuge  Concubino  Cónyuge divorciado (ordenado por el juez) Tipo de plan:  Médica  Dental

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social (OBLIGATORIO) <sup>1</sup> :	N.º de teléfono ( )	¿Otro seguro? <sup>1</sup> S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Nombre de la otra compañía de seguros	Ciudad/Estado
N.º de identificación de PCP: (consulta instrucciones)	Nombre del PCP	Ciudad/Estado		¿Es este tu PCP actual? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
¿Estás cubierto por Medicare? <sup>2</sup> S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Fecha de entrada en vigencia de la Parte A MM DD AAAA	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B MM DD AAAA	Fecha de entrada en vigencia de la Parte D MM DD AAAA	N.º de Medicare: <input type="checkbox"/> 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> ESRD Si eres jubilado, fecha:
				¿Eres trabajador en actividad? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

**4. Tus dependientes elegibles (Miembro 3, 4 y 5)**

Primer nombre del dependiente (3.)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social (OBLIGATORIO) <sup>1</sup> :	N.º de identificación de PCP: (consulta instrucciones)	Nombre del PCP		
¿Es este tu PCP actual? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo y mayor de 19 años <input type="checkbox"/> Discapacitado y mayor de 26 años <input type="checkbox"/>		Tipo de plan: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	
Primer nombre del dependiente (4.)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social (OBLIGATORIO) <sup>1</sup> :	N.º de identificación de PCP: (consulta instrucciones)	Nombre del PCP		
¿Es este tu PCP actual? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo y mayor de 19 años <input type="checkbox"/> Discapacitado y mayor de 26 años <input type="checkbox"/>		Tipo de plan: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	
Primer nombre del dependiente (5.)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento
N.º de Seguro Social (OBLIGATORIO) <sup>1</sup> :	N.º de identificación de PCP: (consulta instrucciones)	Nombre del PCP		
¿Es este tu PCP actual? S <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>	Estudiante de tiempo completo y mayor de 19 años <input type="checkbox"/> Discapacitado y mayor de 26 años <input type="checkbox"/>		Tipo de plan: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	
Marca si estás usando formularios separados para los niños dependientes adicionales <input type="checkbox"/> N.º total de dependientes: _____				

**5. Una cuenta de ahorros personal**

<input type="checkbox"/> HSA: Cuenta de Ahorros de Salud	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	MONTOS OBJETIVO DE LA FSA: (Consulta instrucciones para conocer los límites). \$
<input type="checkbox"/> FSA: Cuenta de Ahorros Flexible de Salud	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Monto de Salud: \$
<input type="checkbox"/> FSA: Cuenta de Reembolso de Atención a Dependientes	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Monto de Atención a dependientes: \$

**6. Firma (Empleador y Empleado)**

La información proporcionada está completa y es verdadera. Comprendo que Blue Cross and Blue Shield confiará en esta información para inscribirme a mí y a mis dependientes o para realizar cambios en mi membresía. Acepto que debo leer el certificado del suscriptor o el libro de beneficios provisto por mi empleador para comprender mis beneficios y todas las restricciones que se aplican a mi plan de atención médica. Comprendo que Blue Cross and Blue Shield puede obtener información médica y personal sobre mí para llevar a cabo su negocio, y que puede utilizar y divulgar dicha información según la ley. Reconozco que puedo obtener más información sobre la recopilación, el uso y la divulgación de mi información en "Nuestro compromiso de confidencialidad", aviso de prácticas de privacidad de Blue Cross and Blue Shield.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. OBLIGATORIO: La Ley de Cuidado de Salud Asequible nos exige obtener el número de Seguro Social de usted y de cualquier dependiente que se inscriba en su plan.  
2. Si no has indicado S o N con respecto a tu estado de seguro de Medicare u otro, es posible que recibas un cuestionario de seguimiento.  
Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.