



EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN:

Número de grupo	Nombre del grupo	Fecha de entrada en vigencia: (MM/DD/AAAA)
Marque el motivo por el cual completa este formulario:		
Cobertura adicional: <input type="checkbox"/> Ingresante <input type="checkbox"/> Inscripción abierta anual <input type="checkbox"/> Otro (explicar en la sección Observaciones a continuación)		
Fin de cobertura: <input type="checkbox"/> Cese de la relación laboral <input type="checkbox"/> Cambio a otro seguro (proporcionar el nombre del otro seguro en la sección Observaciones a continuación) <input type="checkbox"/> Otro (explicar en la sección Observaciones a continuación)		
Cambios en la cobertura actual: (elegir una opción y explicar en la sección Observaciones a continuación) Cambiar a: <input type="checkbox"/> Plan individual <input type="checkbox"/> Plan familiar <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Incorporación de un dependiente (completar la sección Dependientes de este formulario) Fecha de evento que califica: _____ <input type="checkbox"/> Eliminación de un dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de nombre, dirección u otra información para la solicitud <input type="checkbox"/> Otra		
Observaciones:		

Este formulario no está completo sin la firma autorizada del empleador en la página 2.

EL EMPLEADO (suscriptor) DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN:

Complete todos los campos que procedan en esta sección.

Red de proveedores: <input type="checkbox"/> Direct Care* <input type="checkbox"/> Select Care <input type="checkbox"/> Fallon Preferred Care <input type="checkbox"/> Steward Community Care*			
Nombre del plan: _____			
Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Apellido de soltera	Idioma principal	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Calle			
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es distinta de la indicada anteriormente)			
Ciudad	Estado	Código postal	
¿A usted le interesaría recibir comunicaciones de Fallon por correo electrónico? De ser así, marque la casilla e indique su dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/>		Teléfono particular	
N.º del Seguro Social**	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	Teléfono laboral	
Raza (elegir una) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra			
Situación laboral (elegir una) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA			
Promedio de horas trabajadas por semana	N.º de departamento	N.º de empleado	
¿Su cónyuge tiene seguro de salud de otra empresa aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indique el nombre del médico de atención primaria (primary care provider, PCP) que eligió. ¿Es este su PCP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	

Administrador de beneficios: Envíe las copias de este formulario a la siguiente dirección:
Fallon Health Service Operations, 10 Chestnut St., Worcester, MA 01608.

La copia rosa es para el empleado.

SECCIÓN DE DEPENDIENTES:

En esta sección, anote a todos los dependientes cubiertos por este plan. Si necesita más espacio, utilice otro Formulario de transacción de afiliación.

Dependiente 1: Nombre			Inicial del 2.º nombre	Apellido (incluir el apellido de soltera si corresponde)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación con usted			N.º del Seguro Social**		
Idioma principal		Raza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP) de este dependiente. ¿Es este el PCP actual del dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	
Dependiente 2: Nombre			Inicial del 2.º nombre	Apellido (incluir el apellido de soltera si corresponde)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación con usted			N.º del Seguro Social**		
Idioma principal		Raza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP) de este dependiente. ¿Es este el PCP actual del dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	
Dependiente 3: Nombre			Inicial del 2.º nombre	Apellido (incluir el apellido de soltera si corresponde)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación con usted			N.º del Seguro Social**		
Idioma principal		Raza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP) de este dependiente. ¿Es este el PCP actual del dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	
Dependiente 4: Nombre			Inicial del 2.º nombre	Apellido (incluir el apellido de soltera si corresponde)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación con usted			N.º del Seguro Social**		
Idioma principal		Raza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP) de este dependiente. ¿Es este el PCP actual del dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	
Dependiente 5: Nombre			Inicial del 2.º nombre	Apellido (incluir el apellido de soltera si corresponde)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación con usted			N.º del Seguro Social**		
Idioma principal		Raza		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP) de este dependiente. ¿Es este el PCP actual del dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre		Inicial del 2.º nombre		Apellido	

Entiendo que mi firma a continuación indica que he leído y comprendido el contenido de este formulario, y que acepto los términos y condiciones detallados en el reverso de este formulario.

X _____
Firma del empleado (OBLIGATORIA) Nombre en letra de imprenta aquí Fecha

X _____
Firma del empleador (OBLIGATORIA) Nombre en letra de imprenta aquí Fecha

Nombre del grupo (en letra de imprenta) _____

* Direct Care y Steward Community Care proporcionan acceso a redes más pequeñas que la red de Select Care. Con estos planes, los miembros tienen acceso a beneficios de la red únicamente de los proveedores de las respectivas redes. Consulte el directorio de proveedores correspondiente —pueden solicitarse copias en papel llamando al Departamento de Servicio al Cliente al número 1-800-868-5200—o visite la herramienta de búsqueda de proveedores en fallonhealth.org para determinar qué proveedores están incluidos en Direct Care y Steward Community Care.

**Requerido para fines impositivos.

¡Bienvenido!

Gracias por elegirnos para su cobertura médica. Pronto recibirá por correo un Paquete para nuevos miembros. Este paquete incluirá información sobre su afiliación y sobre su(s) tarjeta(s) de afiliación. Este paquete para nuevos miembros también incluye información sobre cómo obtener un *Manual del Miembro/Evidencia de Cobertura*, que describe sus beneficios y rige las decisiones relacionadas con sus beneficios. Si usted, o un dependiente, necesita solicitar servicios médicos u obtener una receta antes de recibir su tarjeta de identificación de miembro por correo, lo único que debe hacer es llamarnos. Un miembro de nuestro equipo de Servicio al Cliente puede ayudarlo. Simplemente solicite la siguiente información:

1. El número de su tarjeta de identificación de miembro.
2. Si necesita obtener una receta, pregunte su número de BIN y su número de PCN.
Estos son códigos que la farmacia necesitará para asegurarse de que sus fármacos estén cubiertos y que usted pague la cantidad correcta del costo compartido de bolsillo.

Si usted es miembro de los planes Direct Care, Select Care o Steward Community Care:

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP):

Cada persona cubierta en virtud de uno de estos contratos debe elegir un PCP. Un PCP es un médico especializado en medicina interna o medicina familiar para los adultos y un pediatra o médico especializado en medicina familiar para los niños. Consulte fallonhealth.org o el directorio de la *Red de Proveedores* del plan para obtener una lista completa de los proveedores y sus direcciones. Debe hacer esta elección ahora y anotarla en este Formulario de transacción de afiliación. Informar a Fallon acerca de su selección de PCP tan pronto como sea posible ayudará a garantizar que todas las facturas por servicios de salud que usted reciba de su PCP se procesen lo más rápidamente posible.

Atención de emergencia en todo el mundo: *Los servicios de emergencia no requieren derivación ni autorización.* Cuando tenga una emergencia médica, diríjase al departamento de emergencias más cercano o llame al sistema de comunicaciones de emergencia de su área (departamento de policía, bomberos o 911). Para obtener más información sobre los beneficios de emergencia y los procedimientos del plan para obtener servicios de emergencia, consulte su *Manual del Miembro/Evidencia de Cobertura*.

Atención de urgencia fuera del área: Cuando se encuentra fuera del área de servicio, usted está cubierto por cualquier lesión o enfermedad inesperada que necesite atención médica inmediata y puede ir al centro médico más cercano para recibir atención. Deberá comunicarse con su PCP para coordinar toda la atención de seguimiento, incluida toda la atención adicional que necesite fuera del área de servicio.

Recuerde: Fallon no pagará ningún servicio que no sea provisto o que no haya sido correctamente programado por Fallon Health Plan, excepto en caso de emergencias que pongan en riesgo la vida dentro del área o en cualquier emergencia fuera del área de servicio.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Servicio al Cliente de Fallon al 1-800-868-5200 (TRS 711) o visite nuestro sitio web en fallonhealth.org.

Si es miembro del plan Fallon Preferred Care PPO:

Fallon Preferred Care es un plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) que le brinda acceso a una red que cuenta con más de 875,000 proveedores participantes en todo el país. La red de proveedores participantes incluye la red de Private Healthcare Systems (PHCS) y los proveedores de Fallon Preferred Care. PHCS ha creado una de las redes de PPO exclusivas más grandes del país, y tanto el Comité Nacional de Garantía de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) como el URAC han avalado la calidad de sus servicios. Puede elegir obtener servicios de atención médica, incluso atención especializada, de cualquier proveedor sin requisitos de derivación. Sin embargo, puede necesitar recibir autorizaciones previas del Plan para recibir ciertos servicios. Además, si solicita atención fuera de la red, deberá pagar una parte más grande del costo.

Atención de emergencia en todo el mundo: *Los servicios de emergencia no requieren derivación ni autorización.* Cuando tenga una emergencia médica, diríjase al departamento de emergencias más cercano o llame al sistema de comunicaciones de emergencia de su área (departamento de policía, bomberos o 911). Si es hospitalizado, Fallon Preferred Care requiere que lo notifique en un plazo de 72 horas o tan pronto como sea médicamente posible. Para obtener más información sobre los beneficios y procedimientos para servicios de emergencias, consulte su *Manual del Miembro de Fallon Preferred Care/Evidencia de Cobertura*.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Servicio al Cliente de Fallon Preferred al 1-888-468-1541 (TRS 711) o visite nuestro sitio web en fallonhealth.org.

Consentimiento: La presentación de este formulario indica que usted autoriza a cualquier persona que les provea servicios médicos a usted, su cónyuge o dependientes, a darle al plan cualquier tipo de información sobre la salud o historias clínicas relacionadas con esos servicios para requisitos de rutina, como coordinación de beneficios, programas de control de enfermedades, gestión de calidad, coordinación de la atención, gestión de servicios de salud, acreditación, procesamiento y pago de reclamos relacionados.

Acuerdo: Soy empleado de la compañía mencionada en este formulario, trabajo como mínimo 30 horas semanales, a tiempo completo, o 20 horas a tiempo parcial, y recibo una contribución del empleador para la cobertura del seguro de salud (o bien soy elegible para la cobertura del seguro de salud de la compañía mencionada, por ejemplo, por ser un ex empleado cubierto por COBRA). Por el presente, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario (de ser necesario) la cantidad que soy responsable de contribuir a la cobertura de Fallon Health/FHLAC que he seleccionado. Comprendo que Fallon Health es una organización de mantenimiento de la salud (Fallon Preferred Care es una organización de proveedores preferidos) y que la afiliación entra en vigencia según el Convenio Grupal de FCHP/FHLAC y el *Manual del Miembro/Evidencia de Cobertura*. He leído este Formulario de transacción de afiliación y comprendo cómo obtener y utilizar servicios bajo mi cobertura de Fallon Health/FHLAC. Certifico que toda la información es correcta a mi leal saber y entender. NOTA: La fecha de vigencia solicitada puede no ser la fecha de vigencia real si no está de acuerdo con el Convenio Grupal de FCHP/FHLAC y con el *Manual del Miembro/Evidencia de Cobertura de su plan*.