

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIOS PARA LOS EMPLEADOS

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|----------------------------|---|
| Nombre del empleador: | | Departamento/ubicación: | | Se inscribe por primera vez: <input type="checkbox"/> Fecha en que entra en vigor: ___/___/___ | | |
| Fecha de contratación/reintegrado: ___/___/___ | COBRA Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Empleado de horas variables? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Número de horas que trabaja por semana: | Cambios en la inscripción: <input type="checkbox"/> Número del inscrito: _____ | | |
| ¿Está renunciando la cobertura grupal de su empleador? Sí, <input type="checkbox"/> Por la presente renuncio la cobertura de seguro médico de <i>New Mexico Health Connections</i> . Llene el Paso 2 a continuación, luego firme y ponga la fecha en el formulario. Motivo por la renuncia: Plan individual del intercambio <input type="checkbox"/> Plan individual fuera del intercambio <input type="checkbox"/> Otro plan grupal de un empleador <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura <input type="checkbox"/> No tengo cobertura de seguro médico <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| PASO 1: EVENTOS/CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN | | | | | | |
| ¿Inscripción abierta? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (si contestó afirmativamente, siga al Paso 2) ¿Evento de inscripción especial? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> , fecha: ___/___/___ ¿Agrega un dependiente? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción, se va a adoptar o está en cuidado de crianza [<i>foster care</i>] <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | |
| Terminación de la póliza <input type="checkbox"/> O Terminación de la inscripción de un dependiente <input type="checkbox"/> Nombre: _____ Fecha de terminación: ___/___/___ Motivo: Terminó <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | |
| PASO 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO | | | | | | |
| Apellido: | | Nombre: | | Fecha de nacimiento: ___/___/___ | | |
| Dirección del domicilio: | | Apt./Ste: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Dirección postal (si es diferente que la de más arriba): | | Apt./Ste: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Número de teléfono primario: () | | Otro número de teléfono: () | | Dirección de correo electrónico: | | |
| Etnicidad/raza: Indígena americano/indígena de Alaska <input type="checkbox"/> | | Asiático o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> | | Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Prefiere usted mismo(a) o uno de sus dependientes comunicarse en otro idioma, ya sea verbal o por escrito, en vez del inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó afirmativamente, sírvase indicarlo aquí: | | | ¿Necesita usted mismo(a) o uno de sus dependientes ayuda debido a una discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó afirmativamente, sírvase describirla: | | | |
| PASO 3: INFORMACIÓN DEL PLAN | | | | | | |
| Su selección se limitará a los planes de beneficios que le ofrece su empleador. Toda discrepancia recurrirá al plan de beneficios que ha seleccionado y que ofrece su empleador. Sírvase repasar la información que se encuentra en sus materiales de inscripción o comuníquese con el coordinador de sus beneficios si no está seguro de los tipos de planes de beneficios que están a su disposición. Usted tendrá que elegir la cobertura del plan de seguro médico que haya seleccionado su empleador. | | | | | | |
| Si su empleador ofrece varios planes de NMHC, seleccione su cobertura: HMO <input type="checkbox"/> o PPO <input type="checkbox"/> | | | La cobertura que se solicita corresponde: Solo al empleado <input type="checkbox"/> A dos partes <input type="checkbox"/> Al empleado + Hijo(os) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre del plan: _____ | | | | | | |
| PASO 4: INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES | | | | | | |
| | Apellido | Nombre | Inicial | SSN | Fecha de nacimiento | Género/Sexo |
| Pareja/cónyuge legal | | | | | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Hijo(a) | | | | | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Hijo(a) | | | | | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Hijo(a) | | | | | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| ¿Le seguirá cubriendo otra compañía de seguros a usted mismo(a) o a uno de los familiares cuyo nombre aparece más arriba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | Compañía de seguros: | | Enumere el(los) nombre(s): | |
| ¿Tienen Medicare usted mismo(a) o un familiar cuyo nombre aparece más arriba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> | Nombre del asegurado: | | Número de Medicare: | |
| PASO 5: FIRME Y PONGA LA FECHA | | | | | | |
| LEA LA PÁGINA 2 DE ESTA SOLICITUD. Con mi firma en esta solicitud, certifico que he leído ambos lados de esta solicitud y garantizo mi autoridad actual y en curso para actuar en nombre de y para obligar completamente a todos los dependientes cuyos nombres aparecen más arriba con respecto a todas las estipulaciones de la Evidencia de la cobertura de NMHC. Si usted tiene preguntas, sírvase llamar a nuestro centro de ayuda al 1-855-7MY-NMHC (855-769-6642), de lunes a viernes de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde. | | | | | | |
| Firma del empleado | | Fecha | | Firma del empleador | | Fecha |

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO FALSA O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A SANCIONES PENALES Y MULTAS CIVILES.

PASO 6: IMPORTANTE: SÍRVASE LEERLO CON ATENCIÓN

LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LA SALUD

Con mi firma en esta solicitud CONSENTO, en la medida que permita la ley pertinente, a la divulgación o al uso de la información confidencial sobre la salud (según se define a continuación) por cualquier persona o entidad incluso, sin límites, los profesionales médicos, las farmacias o los administradores de los beneficios farmacéuticos, los proveedores de servicios de salud y las compañías de seguros a NMHC o a las personas o entidades que nombre NMHC para cualquier fin que se permita, incluso entre otros, la elegibilidad para un seguro, el control de la calidad, la revisión de utilización, le procesamiento de las reclamaciones, la revisión de cuentas financieras u otros fines correspondientes a los tratamientos, los pagos o las actividades de las operaciones de atención médica de NMHC. Tengo entendido que pudiera ser necesario que las partes que administran el plan en el cual me/nos estoy/estamos inscribiendo obtengan y/o proporcionen dicha información confidencial sobre la salud a otros.

Tengo entendido que se hace voluntariamente la autorización de la divulgación de dicha información confidencial sobre la salud y me puedo negar a firmar esta autorización; sin embargo, si no la firmara pudiera demorar o impedir el procesamiento de esta solicitud.

Tengo entendido que está a mi disposición una descripción completa de la política de NMHC con respecto a la privacidad y la confidencialidad de la información confidencial (que también se denomina "protegida") sobre la salud en el sitio web en la dirección www.myNMHC.org o llamando al centro de atención al cliente de NMHC al 1-855-769-6642.

Tengo entendido que mi consentimiento aquí no permite que se utilice la información confidencial sobre la salud si se requiere una autorización bajo la ley.

Tengo entendido que esta autorización permanecerá en vigor por veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de esta solicitud o hasta que se envíe un aviso por escrito a NMHC para revocarla.

Tengo entendido que puedo revocar esta autorización con tal que escriba a: New Mexico Health Connections, HIPAA Privacy Officer, P.O. Box 36719, Albuquerque, NM 87176.

La "información confidencial sobre la salud" incluye, con respecto a mí y/o a un dependiente/hijo(a) menor que cubra el plan, cualquier información sobre la salud que nos pueda identificar individualmente, incluso entre otra, información correspondiente a cuestiones médicas, dentales, de salud mental, del abuso de sustancias adictivas, de enfermedades contagiosas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como la información correspondiente a una discapacidad o al empleo.

AUTORIDAD PARA ACTUAR

Por la presente represento mi autoridad actual y en curso de actuar en mi nombre y/o en el nombre de mi(s) hijo(s) dependiente(s) legal(es) con respecto a cada estipulación del acuerdo. Toda la información en esta solicitud es correcta y veraz. Sé que mi información en este formulario solo se utilizará para inscribir, tanto a mí como a mis dependientes, en la cobertura de seguro médico y se guardará de manera privada según exige la ley. Tengo entendido que una vez que haya completado mi inscripción recibiré la Evidencia de la cobertura y el Resumen de los beneficios de la cobertura, los cuales contienen los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que sean pertinentes a mi plan de seguro médico.

LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONA EN ESTA SOLICITUD

Certifico que he leído y comprendo todas las preguntas que se encuentran en esta solicitud. Con mi firma a continuación, certifico que las respuestas que se han proporcionado son correctas, completas y enteramente veraces a mi leal saber y entender.

NOTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Sé que tengo que avisar a *New Mexico Health Connections* o a mi empleador si cambiara algo (y si es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar el sitio web www.myNMHC.org o llamar al 1-855-7MY-NMHC para avisar si hubiera algún cambio. Tengo entendido que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad de las personas que forman parte de la unidad familiar.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Entiendo que los beneficios cubiertos, los procedimientos de determinación de tratamientos y las exclusiones y limitaciones del plan están sujetos a la Evidencia de la Cobertura [EOC] y/o al Resumen de Beneficios y Cobertura [SBC]. Dichos documentos están a mi disposición en www.myNMHC.org/shop-plans-on-exchange.aspx. Además puedo llamar a NMHC al 1-855-7MY-NMHC, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, para pedir copia impresa de dichos documentos.

COPIA DE LA SOLICITUD

Tengo entendido que tengo derecho a recibir copia de esta solicitud firmada y me puedo comunicar con NMHC para conseguir una copia. No se prohíben los diferenciales en las primas, los precios o los cobros debidos al sitio o la edad con tal que se basen en datos estadísticos y actuariales que sean objetivos, válidos y actualizados. Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación por la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad sexual o las discapacidades.