

Formulario de cambios del asegurado

Plan individual y de familia

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

- En línea: www.mynmhc.org
- Por teléfono: llame a la división de ventas de planes individuales al 1-844-391-0715, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde

ENVÍELO:

- Por fax: 1-888-523-0043
- Por correo: New Mexico Health Connections, P.O Box 36719, Albuquerque, NM 87176
- Por correo electrónico: enroll@mynmhc.org

Para prevenir demoras en el procesamiento, favor de escribir legiblemente.

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO PRINCIPAL		
Apellido:	Nombre:	
Número de seguro social:	Número de identificación del asegurado:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:
Número de Teléfono:	Correo electrónico:	

SELECCIÓN DEL PLAN – Solo para el período de inscripción abierta	
Fecha que se solicita para que entre en vigor la cobertura de seguro: ____/____/____ (MM/DD/AAAA) Todos los familiares cuyos nombres se enumeran en esta solicitud se inscribirán en el mismo plan.	
Care Connect HMO	<input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Silver Plus <input type="checkbox"/> Bronze Plus
Catastrophic Plan HMO	<input type="checkbox"/> Solo para las personas menores de 30 años de edad, o para las personas de 30 años de edad en adelante que tengan un certificado de exención.
Care Connect HDHP	<input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze

CAMBIO DE DIRECCIÓN			
<input type="checkbox"/> Dirección de su domicilio <input type="checkbox"/> Dirección postal			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:

CAMBIO EN LA FAMILIA				
<input type="checkbox"/> Cancelar la inscripción de un dependiente <input type="checkbox"/> Añadir a un dependiente <i>Si está agregando a un dependiente, indique si ha usado productos de tabaco *(en los últimos 12 meses)</i> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Recién nacido/adopción <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha del acontecimiento : ____/____/____				
Nombre del dependiente que desea inscribir o cuya inscripción desea cancelar	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Sexo	Médico de cabecera
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA	
Se cancelará la cobertura de seguro para todas las personas aseguradas por la póliza. Sírvase seleccionar la razón a continuación:	
<input type="checkbox"/> Otro seguro Fecha de la cobertura: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha del acontecimiento: _____

PRIMA DE SEGURO
Si desea efectuar cambios en la forma en que paga las primas, consulte www.mynmhc.org y seleccione PAY MY BILL [pagar mi factura]; o llame al centro de atención al cliente al 1-855-7MY-NMHC (1-855-769-6642).

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Al firmar esta solicitud, todos los solicitantes autorizan, a medida que permita la ley pertinente, la divulgación o el uso de la Información Protegida sobre la Salud [*Protected Health Information, PHI*]* (según se define a continuación) por toda persona o entidad incluso, sin restricción, los profesionales en medicina, las farmacias o los administradores de los beneficios farmacéuticos, los proveedores de servicios médicos, los intercambios de información sobre la salud y las compañías de seguro a *NMHC*, o a las entidades que haya nombrado, para todo fin que se permita incluso, entre otros, la elegibilidad para el seguro, el control de la calidad, la investigación de la utilización, el procesamiento de las demandas de pago, la auditoría financiera u otros fines con respecto al tratamiento, el pago o las diligencias de las operaciones clínicas de *NMHC*. Se entiende que pudiera ser necesario que las partes que administran el plan en el cual me estoy inscribiendo o nos estamos inscribiendo obtengan y/o proporcionen a otros esta información protegida sobre la salud. Por lo tanto:

1. Se autoriza que toda persona o entidad que tenga la información protegida sobre la salud proporcione dicha información protegida sobre la salud, bajo solicitud, a *NMHC* y a sus proveedores de servicios médicos participantes o a cualquier entidad que esté llevando a cabo un servicio para fines de determinar la elegibilidad bajo el plan, de la administración del plan, de cumplir con todo programa u operación de *NMHC* o de evaluar los suministros o los servicios médicos.
2. Se autoriza a *NMHC* a fin de que divulgue toda la información protegida sobre la salud a cualquier persona, compañía o entidad con tal que determine que esa divulgación es necesaria o apropiada para la administración del plan, para cumplir con los programas u operaciones de *NMHC*, para evaluar la calidad y la accesibilidad a los servicios médicos y a los suministros o para informar a terceros que estén involucrados en la administración del plan.
3. Sé que tengo que informar a *NMHC* si cambiara algo (y si es diferente) de lo que he escrito en esta solicitud. Puedo visitar el sitio web en la dirección www.mynmhc.org o llamar al 1-855-7MY-NMHC para avisar si hubiera algún cambio. Tengo entendido que si hubiera algún cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad de los familiares que viven en mi hogar.

*La información protegida sobre la salud incluye, con respecto a mí y/o a un dependiente/menor de edad que cubra el plan, toda información sobre la salud que nos identifique individualmente incluso, entre otra, la información médica, dental, de la salud mental, de las adicciones, de las enfermedades contagiosas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y también la información correspondiente a las discapacidades o al empleo.

Con llenar este formulario:

- Tengo entendido que, por la presente, represento mi autoridad actual y en curso para actuar en mi propio nombre y en nombre de todos los dependientes cuyos nombres se enumeran en este formulario.
- Admito que he leído todas las secciones de esta solicitud y certifico en mi propio nombre y en nombre de mis familiares dependientes elegibles que las respuestas que se encuentran en esta solicitud son completas y correctas según mi leal saber y entender.
- Tengo entendido que mis respuestas, junto con todos los suplementos o las páginas adicionales, son el fundamento del certificado o la póliza que se expide. Acepto que no entrará en vigor el seguro hasta la fecha que especifique la compañía de seguros en certificado o la póliza.
- Tengo entendido que toda falsedad intencionada en que se base la compañía de seguros se puede utilizar para denegar una demanda de pago. Además tengo entendido que se puede anular este contrato si en los primeros veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha de la póliza o el certificado, se determinara que yo mismo o un familiar presentamos una falsedad intencionada en esta solicitud. Admito que ninguna persona que está solicitando la cobertura de seguro en esta solicitud esta encarcelada (detenida o en la cárcel).
- **TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DEMANDA DE PAGO FALSA O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO HA COMETIDO UN DELITO Y SE LE PUDIERA IMPONER MULTAS CIVILES Y CASTIGOS PENALES.**
- En cualquier momento en que *New Mexico Health Connections* tenga derecho a anular una cobertura de seguro que ya esté en vigor, o si de otra manera se permite que haga enmiendas retroactivas a esta póliza a causa de una acción, práctica u omisión que constituye un fraude o si se presentara una falsedad intencionada de un hecho material en esta solicitud, *New Mexico Health Connections* según su criterio puede ofrecer modificar la póliza de seguro que ya esté en vigor y/o cambiar la categoría/el nivel de la clasificación.
- Tengo entendido que esta autorización es válida por dos años, a partir de la fecha de hoy, o hasta que yo termine la cobertura de seguro. Tengo entendido que puedo revocar la autorización por escrito, en cualquier momento, con tal que me comunique con *New Mexico Health Connections*. Dicha revocación no afectará las actividades que haya llevado a cabo la compañía antes de la fecha en que la compañía haya recibido la revocación.
- Tengo entendido que para pedir copia de esta solicitud tengo que llamar a *New Mexico Health Connections* al 1-855-7MY-NMHC. Acepto que una fotocopia de esta solicitud será tan válida como la original. Una firma legible de facsímil tendrá la misma fuerza y efectividad que la original. Este documento o la información que se contiene en el mismo formarán parte del contrato cuando se apruebe y se expida la cobertura de seguro.
- 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/individual-plan-documents.aspx. Además puedo llamar a *New Mexico Health Connections* 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.

Firma del solicitante principal/del papá, de la mamá o del tutor legal para los planes solo de menores

Fecha de la firma

Nombre en letra de molde