

Formulario de inscripción/cambio/cancelación de grupo numeroso

Escriba en imprenta o a máquina en letra clara. Consulte la contraportada para obtener instrucciones.

Número del grupo:

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

! Si cambió el nombre o la dirección, ingrese la nueva información.					¿Ha sido miembro de Medica con anterioridad?... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar	Nombre	Inicial 2.º nom.	Apellido	Número de seguro social	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
	Calle	Apto. n.º	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono particular		Teléfono celular/del trabajo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	
					¿Usted o alguno de sus dependientes habla algún idioma además de español como primera lengua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Sí," anote el nombre y el idioma:	
Nombre de la clínica (requerido para Medica Elect®, Medica Essential SM o Medica Focus SM)					Número de la clínica	

B. INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE**!** Enumere todos los miembros que recibirán cobertura. Escriba el nombre como debería aparecer en la tarjeta de identificación.

Marque la casilla correcta	Nombre	Inicial 2.º nom.	Apellido	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Parentesco ²	¿Estudiante de tiempo completo? ³	Requerido para Medica Elect, Medica Essential o Medica Focus
	Número de seguro social del dependiente ¹							
1	<input type="checkbox"/> Inscribirse	NSS		<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la clínica:
	<input type="checkbox"/> Cancelar			<input type="checkbox"/> F				Número de la clínica:
2	<input type="checkbox"/> Inscribirse	NSS		<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la clínica:
	<input type="checkbox"/> Cancelar			<input type="checkbox"/> F				Número de la clínica:
3	<input type="checkbox"/> Inscribirse	NSS		<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la clínica:
	<input type="checkbox"/> Cancelar			<input type="checkbox"/> F				Número de la clínica:
4	<input type="checkbox"/> Inscribirse	NSS		<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la clínica:
	<input type="checkbox"/> Cancelar			<input type="checkbox"/> F				Número de la clínica:
	<input type="checkbox"/> Cambiar			<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la clínica:
	<input type="checkbox"/> Cambiar			<input type="checkbox"/> F				Número de la clínica:

Importante: 1 Si su dependiente tiene 45 años o más, se requiere el número de seguro social.

2 Para dependientes adoptados o por mandato judicial, se debe adjuntar documentación legal.

3 Medica no administra la verificación de estado del estudiante; sin embargo, su empleador puede solicitar esta información para sus registros.

C. SELECCIÓN DEL PRODUCTO**!** Marque todo lo que corresponda. Los ofrecimientos de beneficios dependen de la selección del empleador.

- 1) Nombre del plan de beneficios médicos: _____
- 2) Selección de Medica Direct®: Cuenta de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA)
 Cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA)
 Cuenta de ahorro para gastos médicos (Health Savings Account, HSA)
- Certifico que soy elegible para participar en una cuenta de ahorro para gastos médicos.

D. RENUNCIA DE COBERTURA MÉDICA**!** Se debe completar toda esta sección si usted o sus dependientes **NO** desean la cobertura.

- 1) Entiendo que soy elegible para cobertura a través de mi empleador. NO deseo cobertura para:
 Mí y mis dependientes Mi cónyuge Mis dependientes solamente
- 2) El motivo por el cual rechazo la cobertura en este momento es debido a que yo o mis dependientes tenemos cobertura a través de:
 Plan grupal del cónyuge Cobertura individual MCHA, dependientes solamente (fechas de cobertura): _____
 Medicare Continuación de cobertura grupal (COBRA) Fondo de riesgo de salud médica estatal de Dakota del Sur (fechas de cobertura): _____
 MinnesotaCare Asistencia médica CHAND (fechas de cobertura): _____
 Otra cobertura: _____

Firma del empleado: X Fecha en que se firmó: _____

E. COBERTURA PREVIA Y ACTUAL

! Si su plan impone una limitación por afección preexistente, y usted no completa esta sección, puede producirse una limitación por afección preexistente. Esto significa que si tiene una afección médica antes de ingresar a nuestro plan, deberá esperar un período de tiempo determinado antes de que el plan le provea cobertura para esa afección.

- 1) ¿Usted o alguno de los familiares enumerados en este formulario tiene actualmente cobertura médica o ha tenido previamente cobertura médica en vigencia durante los últimos 24 meses? Sí No

Si su respuesta es "Sí", debe llenar en forma completa la siguiente sección. Comenzando con el empleado, enumere cada familiar que solicita la cobertura e incluya la información de todas las coberturas anteriores en vigencia durante los últimos 24 meses.

Si su cobertura todavía se encuentra en vigencia, escriba "actual" o "presente" en el campo de fecha final.

Fecha de cobertura (últimos 24 meses)	Nombre de la compañía de seguros	Nombre de todos los miembros cubiertos (utilice papel adicional si es necesario)
Inicio: Final:		
Inicio: Final:		
Inicio: Final:		

F. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

! Si no completa esta sección puede producirse un retraso en el procesamiento de sus reclamaciones.

- 1) El día que comience la cobertura de Medica, ¿usted o alguno de los familiares enumerados tendrá otro seguro médico o cobertura médica? Sí No

G. INFORMACIÓN DE MEDICARE

- 1) ¿Tiene usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes cobertura de Medicare? Sí No
Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia de cada tarjeta de identificación de Medicare y complete lo siguiente:

Información de Medicare sobre el empleado:

Parte A: Inscripto (Fecha de entrada en vigencia: ____/____/____)

Parte B: Inscripto (Fecha de entrada en vigencia: ____/____/____)

Parte D: Inscripto (Fecha de entrada en vigencia: ____/____/____)

Motivo de la elegibilidad de Medicare:

- Mayor de 65 años Enfermedad renal Discapacitado
 Discapacitado pero en actividad laboral

Información de Medicare sobre el cónyuge/dependiente: Nombre: _____

Parte A: Inscripto (Fecha de entrada en vigencia: ____/____/____)

Parte B: Inscripto (Fecha de entrada en vigencia: ____/____/____)

Parte D: Inscripto (Fecha de entrada en vigencia: ____/____/____)

Motivo de la elegibilidad de Medicare:

- Mayor de 65 años Enfermedad renal Discapacitado
 Discapacitado pero en actividad laboral

H. AUTORIZACIÓN Y REPRESENTACIÓN DEL EMPLEADO

Lea esta sección, firme y coloque la fecha en el formulario.

En nombre mío y de cualquier persona inscrita o agregada a este formulario ("Nosotros"), autorizo a un hospital, clínica, institución, médico, compañía de seguros, empleador u otra persona a entregar a Medica o a otros designados todos los registros de información relativos a servicios o historias médicas creados por Nosotros. Entiendo que esta información se utilizará para suscripción, clasificación de riesgos, inscripción o elegibilidad de beneficios. Entiendo que, en determinadas circunstancias, Medica puede divulgar la información recopilada a terceros sin autorización y que las personas inscritas o agregadas a este formulario tienen derecho a ver y corregir su información personal según la ley aplicable. Entiendo que tengo derecho a revisar la Notificación de privacidad de Medica antes de firmar este formulario y de solicitar una copia en cualquier momento. Autorizo en nombre de Nosotros el uso del número de seguro social con el propósito de identificación. La información proporcionada en este formulario es precisa y completa, a mi leal saber y/o entender. Comprendo y estoy de acuerdo en que cualquier omisión o declaración incorrecta realizada intencionalmente por Nosotros en este formulario puede invalidar mi cobertura o la de mis dependientes. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a Medica. Si revoco la autorización, eso no afectará las medidas tomadas por Medica con anterioridad a la recepción de la revocación. Si me niego a firmar esta autorización, mi elegibilidad e inscripción a los beneficios y la de mis dependientes se verá afectada. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario de autorización completado. La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización permanecerá sujeta a las normas de privacidad de Medica.

Para residentes de Dakota del Norte y de Dakota del Sur: Con el fin de facilitar la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a Medica obtener información sobre Nosotros durante 24 meses a partir de la fecha de la firma.

Para residentes de Minnesota: Con el fin de facilitar la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a Medica obtener información sobre Nosotros a partir de la fecha de la firma hasta la finalización de nuestra cobertura.

Esta autorización no se extiende a las exoneraciones relacionadas con el rendimiento o los resultados de análisis para determinar la presencia de anticuerpos del VIH u otros patógenos transmitidos por la sangre* realizados (1) en delincuentes o víctimas de delitos, como resultado de delitos denunciados a la policía; (2) en pacientes que recibieron servicios de emergencia por parte del personal de servicio médico* en un hospital o centro de atención médica; o (3) en el personal de servicios médicos de emergencia que se sometió a análisis luego de prestar servicios médicos de emergencia.

Para residentes de Wisconsin: Con el fin de facilitar la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a Medica obtener información sobre Nosotros durante 30 meses a partir de la fecha de la firma.

Entiendo que proporcionar información falsa o la omisión de información relevante en este formulario puede conducir a la denegación de reclamaciones, a la cancelación o a la finalización retroactiva de la cobertura.

! Firma del empleado: X _____ Fecha en que se firmó: _____

I. PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

⚠ ATENCIÓN REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: Para garantizar un correcto procesamiento de la solicitud, haga lo siguiente:

- 1) Revise todas las secciones y confirme que el empleado haya completado la información adecuada.
- 2) Complete la sección 1 y la sección 2 a, b o c en función del tipo de transacción.
- 3) Proporcione su aprobación y firma en la sección 3.

1) INFORMACIÓN DEL GRUPO:

Nombre del empleador	Número del grupo
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Cobra <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación:	Número de departamento

2) ACCIÓN DE INSCRIPCIÓN SOLICITADA:

a. NUEVAS INSCRIPCIONES/ADICIONES		b. CAMBIOS	
Fecha de contratación: (requerida) ____/____/____	Fecha solicitada de entrada en vigencia: ____/____/____	Fecha de contratación: (requerida) ____/____/____	Fecha solicitada de entrada en vigencia: ____/____/____
(marque uno): <input type="checkbox"/> Nuevo grupo <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción especial <input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Dependiente por mandato judicial (adjuntar documentación) <input type="checkbox"/> Adopción/colocación en adopción (adjuntar documentación) <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura <input type="checkbox"/> Pérdida de SCHIP/Medicaid * ____/____/____ (*Pérdida de fecha final de cobertura) <input type="checkbox"/> SCHIP/asistencia premium de Medicaid ** ____/____/____ (**Fecha elegible para la asistencia premium) <input type="checkbox"/> Participante tardío <input type="checkbox"/> Ley de Comercio de 2009 ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____		(marque uno): <input type="checkbox"/> Cambio de estado <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Regreso de licencia/despido <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____	
		c. COBRA/CONTINUACIÓN	
		Fecha de inicio: ____/____/____	
		Evento elegible: _____	
		Ley de Comercio elegible: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Si COBRA/continuación debido a divorcio, identifique la relación con el empleado:	
		Nombre del empleado: _____	
		NSS del empleado: _____	
d. CANCELACIONES			
(marque uno) <input type="checkbox"/> Cancelar toda la cobertura <input type="checkbox"/> Cancelar los dependientes enumerados en la sección B		Motivo: (marque uno) <input type="checkbox"/> Finalización por parte del empleado <input type="checkbox"/> Finalización de COBRA <input type="checkbox"/> Se mudó fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> El dependiente alcanzó la edad máxima de estudiante/dependiente <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____	
Última fecha de empleo: ____/____/____			
Fecha solicitada de entrada en vigencia de la cancelación: ____/____/____			

3) APROBACIÓN Y FIRMA DEL EMPLEADOR:

Aprobado por (firma): X _____ Fecha en que se firmó: _____

Nombre en imprenta: _____ Puesto: _____ Teléfono: _____

El empleador debe enviar todos los formularios completados a Medica, PO Box 30986, Salt Lake City, UT, 84130-0986 o por fax al 1-248-733-6064.

Formulario de inscripción/cambio/cancelación de grupo numeroso Minnesota/Dakota del Norte/Dakota del Sur/Wisconsin

INSTRUCCIONES

IMPORTANTE: LEER ANTES DE COMPLETAR.

Lea su formulario de inscripción/cambio/cancelación minuciosamente. Si los siguientes elementos no están completados, se puede retrasar el procesamiento de este formulario.

1. Nombre del empleador.
2. Fecha de contratación.
3. Número de seguro social.
4. Número de visa para extranjeros.
5. Nombre, dirección completa y número de teléfono.
6. Fecha de nacimiento de usted y de todos los dependientes elegibles.
7. Si se inscribe en Medica Elect[®], Medica EssentialSM o Medica FocusSM, debe completar el nombre y el número de la clínica.
8. Firma del empleado y fecha.
9. Otra información del seguro.

■ Si **renuncia a la cobertura médica**, complete las secciones A y D.

■ Para inscriptos nuevos, envíe este formulario de inscripción/cambio/cancelación completado a su empleador.

■ Si ya está inscripto y solo **desea agregar a un dependiente** a su contrato existente, incluya su nombre en la sección A y la información del dependiente en todas las demás secciones.

Los empleadores deben enviar todos los formularios completados a Medica, PO Box 30986, Salt Lake City, UT 84130-0986 o por fax al 1-248-733-6064.

Sus derechos especiales de inscripción según la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

Si renuncia a su inscripción o a la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal, usted y sus dependientes pueden inscribirse en este plan en caso de perder la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de realizar las contribuciones correspondientes a la otra cobertura). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de realizar las contribuciones correspondientes a la otra cobertura).

Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, usted y sus dependientes pueden inscribirse. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, la adopción o la colocación en adopción.

Si usted o sus dependientes perdieron la cobertura de Medicaid o de un plan estatal de seguro de salud para niños (State Children's Health Insurance Plan, SCHIP), usted y/o sus dependientes pueden inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la otra cobertura.

Además, si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia premium del plan de salud grupal proporcionada por Medicaid o el programa SCHIP, usted y/o sus dependientes pueden inscribirse en este plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determine que usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia premium.

Es posible que tenga derechos de inscripción adicionales según la ley estatal aplicable. Para obtener más información o solicitar inscripción especial, comuníquese con el Servicio al Cliente de Medica al 952-945-8000 o al 1-800-952-3455. Las llamadas de TTY deben realizarse al 952-992-3190 o al 1-800-841-6753.

Lo que necesita saber sobre las limitaciones por afecciones preexistentes

Si su plan impone una limitación por una afección preexistente, significa que si tiene una afección médica antes de ingresar a nuestro plan, deberá esperar un período de tiempo determinado antes de que el plan le provea cobertura para esa afección. La limitación se aplica solamente para afecciones en las que se recomendó o recibió asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento (lo que incluye la toma de medicamentos de venta con receta) dentro de un período de seis meses. Generalmente, este período de seis meses finaliza el día antes de que su cobertura entre en vigencia. Sin embargo, si se encontraba en un período de espera de cobertura, el período de seis meses finaliza el día antes de que comience el período de espera. La limitación por afección preexistente no se aplica a embarazadas ni a niños inscriptos en el plan o que cuentan con otra cobertura acreditable dentro de los 30 días posteriores al nacimiento, la adopción o la colocación en adopción, a menos que el niño tenga con posterioridad una interrupción en la cobertura de 63 días o más.

Esta exclusión puede durar hasta 12 meses (18 meses si se trata de una inscripción tardía) a partir del primer día de la cobertura, o si se encontraba en un período de espera, desde el primer día del período de espera. Sin embargo, puede reducir la extensión de este período de exclusión según el número de días de su "cobertura acreditable" anterior. Gran parte de la cobertura de salud anterior se considera cobertura acreditable y puede utilizarse para reducir la exclusión de afección preexistente, si no ha experimentado una interrupción en la cobertura de, al menos, 63 días. Para reducir el período de exclusión de 12 meses (o 18 meses) con la cobertura acreditable, debe entregarnos una copia de los certificados de cobertura acreditable que tenga. Si no tiene un certificado, pero tiene cobertura médica previa, le ayudaremos a obtener uno de su plan o emisor anterior. Existen también otras formas de demostrar que tiene cobertura acreditable. Comuníquese con nosotros si necesita ayuda para demostrar cobertura acreditable.

Si tiene más preguntas sobre las limitaciones por una afección preexistente o sobre su cobertura acreditable, comuníquese con el Servicio al Cliente de Medica (Medica Customer Service) a Mail Route CP555, P.O. Box 9310, Minneapolis, MN 55440-9310, o llame al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 952-992-3190 o al 1-800-841-6753.

Visítenos en Internet en www.medica.com.

MEDICA[®]

© 2009 Medica. Medica[®] es una marca de servicios registrada de Medica Health Plans. "Medica" se refiere a la familia de empresas de planes de salud que incluye Medica Health Plans, Medica Health Plans of Wisconsin, Medica Insurance Company, Medica Self-Insured y Medica Health Management, LLC.