

Cobertura Médica suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc.

### INSTRUCCIONES

- Usted, el empleado, debe completar este formulario de inscripción de puño y letra. Usted es el único responsable de que la información sea exacta y completa.
- Todas las preguntas deben responderse de forma completa; de lo contrario, se le devolverá el formulario de inscripción, ocasionando una demora en el procesamiento.
- Debe escribir claramente en letra de molde utilizando tinta negra. No se aceptarán los formularios de inscripción escritos a máquina.

### 2. COBERTURA MÉDICA

Plan Sin Deducible

Select 001 HMO

#### Planes de Beneficios Consumer Choice

Usted tiene la opción de elegir este plan de atención de la salud de la Organización de Mantenimiento de la Salud Consumer Choice of Benefits que, en su totalidad o en parte, no proporciona beneficios de salud ordenados por el estado que se requieren normalmente en evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionar un plan de atención de la salud más asequible para usted aunque, al mismo tiempo, puede proporcionarle a usted menos beneficios del plan de atención de la salud que los incluidos normalmente como beneficios de salud ordenados por el estado en Texas. Si usted elige este plan de beneficios de salud estándar, consulte con su agente de seguros para descubrir cuáles beneficios de salud ordenados por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

Nombre del Plan		Nombre del Plan	
<input type="checkbox"/>	Select 3000-80	<input type="checkbox"/>	Select 3000-80 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 5000-80	<input type="checkbox"/>	Select 5000-80 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 2000-100	<input type="checkbox"/>	Select 3000-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 5000-100	<input type="checkbox"/>	Select 6450-100 HSA
<input type="checkbox"/>	Select 6600-100 Premier	<input type="checkbox"/>	Select Premier Copay
<input type="checkbox"/>	Select 6600-100 Standard	<input type="checkbox"/>	Select Standard Copay
<input type="checkbox"/>	Plan Personalizado	<input type="checkbox"/>	Plan Personalizado

### 2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO - Debe ser completada por el empleado.

- Nueva Inscripción de Grupo     
  Inscripción Tardía     
  Nuevo Empleado     
  Fecha de vigencia de COBRA: \_\_\_\_\_  
 Incorporación a la Familia     
  Reinscripción     
  Cambio de Cobertura     
  Inscripción Abierta Anual     
  Continuación del Estado

APELLIDO	NOMBRE	Inicial 2º Nombre	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	Nº DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN POSTAL (A.P. no aceptable a menos que sea un A.P. rural)			Nº Apto.	Nº TELÉFONO PARTICULAR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DE SOLTERA DEL EMPLEADO/CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA
NOMBRE DEL GRUPO	OCUPACIÓN / CARGO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO	Nº DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA	
Nº TELÉFONO DE LA EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO			

**Nota:** Si alguno de los dependientes tiene una dirección diferente, por favor, escriba el nombre del dependiente, la relación con el empleado, y la dirección en una hoja separada y adjúntela a este formulario de inscripción.

**3. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO / DEPENDIENTE Y PAREJA DOMÉSTICA** – Incluya sus datos y los de los dependientes elegibles para quienes solicita cobertura. Un "dependiente" elegible es el cónyuge legal de un empleado, tal como lo reconoce la ley de Texas, o la pareja doméstica; hijos o hijastros menores de 26 años; hijos adoptados menores de 26 años, incluyendo un niño por el cual el Empleado Elegible está esperando la sentencia de adopción; hijos que aún no han cumplido los 26 años de edad, para los cuales un Empleado Elegible está sujeto a una orden de apoyo sanitario emitida por un tribunal; los propios hijos del Empleado Elegible o del Cónyuge, de cualquier edad, que antes de la edad límite, pierden la capacidad de autosostenerse debido a un retraso mental o una incapacidad física continua, y que dependen principalmente del Empleado Elegible; los propios hijos del Empleado Elegible o del Cónyuge, de cualquier edad, que: (i) cuentan con certificación médica como incapacitados; y (ii) dependen de los progenitores; o los nietos solteros que son menores de 26 años y son dependientes para fines de impuestos federales a los ingresos en el momento del formulario de inscripción.

Si la incorporación a la familia es el cónyuge, indique la fecha del matrimonio: \_\_\_\_\_

Si la incorporación a la familia es la pareja doméstica, adjunte la declaración jurada.

Relación	Sexo	Apellido	Nombre	Inic. 2º nbre.	¿Consumidor de Productos de Tabaco*?	Altura	Peso	¿Incapacitado?	Idioma Principal	¿La incapacidad afecta la capacidad para comunicar o leer?	Fecha de nacimiento Mes día año	Número de seguro social
Empleado	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cónyuge / Pareja Doméstica	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

\* Marque "Sí" si usted o el dependiente usa o ha usado tabaco un promedio de cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses, excluyendo usos religiosos o ceremoniales.

Según corresponda, el participante puede seleccionar un obstetra o ginecólogo según lo dispuesto en el Capítulo 1451, Subcapítulo F del Código de Seguros de Texas. El participante puede designar la selección aquí:

El participante no está obligado a seleccionar un obstetra o ginecólogo, sino que puede recibir servicios obstétricos o ginecológicos de su médico de cabecera o proveedor de atención primaria.

**4. RENUNCIA A LA COBERTURA – Debe completarse si un empleado elegible y/o los miembros de su familia elegibles renuncian o rechazan una cobertura.**

**A. Renuncia a la Cobertura Médica de Grupo (por favor, marque el cuadro o escriba la información solicitada)**

	Titular	Cónyuge	Dependiente(s)
Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja doméstica – Indicar el nombre de la compañía de seguros			
Indicar el número de identificación			
Inscrito en un plan de cualquier otra compañía de seguros – Indicar el nombre de la compañía de seguros			
Indicar el número de identificación			
Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otros (explicar):			

Reconozco que la cobertura disponible me ha sido explicada por el Grupo y sé que tengo el derecho de inscribirme en la cobertura. He tenido la posibilidad de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme y/o no inscribir a mi(s) dependiente(s), en su caso. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie ha intentado ejercer ningún tipo de influencia ni presión sobre mí para que renuncie a la cobertura. Al rechazar esta cobertura médica de grupo (a menos que el empleado y/o el/los dependiente/s ya tengan cobertura médica de grupo en otra compañía\*), reconozco que si deseo inscribirme en una fecha posterior, mi(s) dependiente(s) y yo deberemos esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual del Grupo.

X

**Firme aquí si renuncia a la cobertura para el empleado / dependiente(s)**

**Fecha (Mes / Día / Año)**

\* Si usted renuncia a la cobertura para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge/pareja doméstica) debido a otra cobertura de seguro de salud, puede que usted pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de realizar las contribuciones correspondientes a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción dentro de los 31 días de la fecha de finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o dentro de los 31 días de la fecha en que el empleador haya dejado de realizar las contribuciones correspondientes a la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o si usted es una parte en una demanda para la adopción de un niño (un "evento calificante"), usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en ese momento. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción dentro de los 31 días de la fecha del evento calificante. Por favor, consulte la sección de Elegibilidad de su Evidencia de Cobertura para una lista completa de excepciones a la definición de "participante tardío".

**5. CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE INSCRIBEN A 51 O MÁS EMPLEADOS.**

1. Durante los últimos 10 años, ¿alguna persona mencionada en esta Solicitud ha presentado signos o síntomas, ha tenido una consulta, ha recibido consejos, ha solicitado un diagnóstico o tratamiento, ha recibido recomendaciones para el tratamiento (incluyendo medicamentos), o ha sido hospitalizada a causa de alguno de los siguientes trastornos?:	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Enfermedad cardiovascular o deficiencias cardíacas; accidente cerebrovascular; deficiencias renales, estomacales, intestinales o hepáticas; afecciones mentales o nerviosas; trastornos en el sistema nervioso central; diabetes; trastornos en los pulmones o en el sistema respiratorio o cáncer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante los últimos 10 años, ¿alguna persona mencionada en esta Solicitud ha sido diagnosticada médicamente con un trastorno de inmunodeficiencia (SIDA), complejo relacionado con el SIDA o ha recibido un diagnóstico de VIH positivo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante los últimos 24 meses ¿alguna persona mencionada en esta Solicitud se ha sometido a una cirugía o ha sido confinada a un hospital, sanatorio, centro para convalecientes o centro de atención especializada, o ha incurrido en gastos médicos por más de \$5,000? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alguna persona mencionada en esta Solicitud:		
a. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento, recibe asesoramiento o toma medicamentos para algún trastorno o enfermedad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está actualmente embarazada o, en caso de ser hombre está esperando un hijo con alguna persona, que esté enumerada o no en esta Solicitud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, escriba la fecha del parto (Mes, Día, Año) .....		
c. ¿Ha consumido productos de tabaco durante los 2 últimos años? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE INSCRIBEN A 51 O MÁS EMPLEADOS (Continuación)**

*Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, complete la siguiente sección: (Puede adjuntar hojas adicionales, si es necesario.)*

Nombre del paciente: _____	Nombre del paciente: _____
Trastorno/enfermedad: _____	Trastorno/enfermedad: _____
Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____	Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento recibido: _____	Tratamiento recibido: _____
¿Aún bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Aún bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicamentos recibidos y dosis administrada: _____	Medicamentos recibidos y dosis administrada: _____
Fecha: Desde _____ Hasta _____	Fecha: Desde _____ Hasta _____
Nombre/domicilio del proveedor del tratamiento: _____	Nombre/domicilio del proveedor del tratamiento: _____

**6. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODOS LOS EMPLEADOS QUE SE INSCRIBEN Y SUS DEPENDIENTES (Deben responderse todas las preguntas.)**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Alguna persona mencionada en este formulario de inscripción pretende continuar con otra Cobertura de Grupo si se acepta este formulario de inscripción? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, escriba el nombre de la persona: _____		
Compañía de seguros _____ N° de póliza _____		
2. ¿Alguna persona que solicita cobertura es elegible para Medicare? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, Nombre: _____		

**7. AUTORIZACIÓN/DECLARACIÓN DE REVELACIÓN (La siguiente Autorización debe ser firmada por cada empleado que solicita la cobertura.)**

**Acepto que:** Toda la información contenida en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que constituye la base sobre la cual se emite la cobertura proporcionada por el plan. Autorizo además a mi Grupo a deducir de mis ingresos mi contribución necesaria, si la hubiera, para el costo de este plan. Certifico que trabajo normalmente 30 horas por semana para este Grupo.

Entiendo que la Solicitud de mi Grupo determinará la cobertura y que no habrá cobertura a menos y hasta que mi Formulario de Inscripción y las Solicitudes del Grupo hayan sido aceptados y aprobados por MHHP.

Declaro que he leído este formulario y entiendo que aunque este formulario sea aprobado por MHHP, cualquier afirmación errónea u omisión en el mismo relativo a mí o a mi cónyuge/pareja doméstica, según corresponda, puede ocasionar el rechazo de futuras reclamaciones o bien la rescisión o reevaluación de mi cobertura y/o de la cobertura de mi cónyuge/pareja doméstica proporcionada por el Plan del Grupo con retroactividad a la fecha de entrada en vigencia de mi póliza, a los efectos de elegibilidad y evaluación.

**Acuerdo de Arbitraje:** Entiendo que cualquier disputa entre MHHP y yo puede estar sujeta a arbitraje vinculante. El arbitraje se llevará a cabo de conformidad con el reglamento comercial aplicable de la Asociación Norteamericana de Arbitraje y los estatutos aplicables de Texas que rigen dicho arbitraje. El arbitraje será vinculante únicamente si ambas partes están de acuerdo y el arbitraje se llevará a cabo en el condado donde el titular de la Evidencia de Cobertura o, si es aplicable, el beneficiario reside. Al firmar esta Solicitud, no estoy consintiendo al arbitraje vinculante. Si me estoy inscribiendo en un plan patrocinado por el Grupo que está sujeto a ERISA, entiendo que cualquier disputa que involucre una decisión adversa de beneficio puede ser referida a arbitraje vinculante voluntario sólo luego de que el proceso de apelación de ERISA haya sido completado. Además, entiendo que tengo derechos de apelación en virtud de la ley estatal, bajo el Capítulo 4201 del Código de Seguros de Texas y el Capítulo 19 del Código Administrativo de Texas 28.

Este formulario fue completado por otra persona. Yo, el solicitante, declaro que he leído toda la información proporcionada en las respuestas a las preguntas de este formulario y declaro y garantizo a MHHP que dicha información es verdadera, completa y exacta a partir de la fecha de la presente, y que si hubiera completado este formulario yo mismo/a, la información provista sería la misma.

He completado este formulario personalmente. Yo declaro a MHHP que he leído toda la información proporcionada en las respuestas a las preguntas de este formulario y garantizo a MHHP que dicha información es verdadera, completa y exacta a partir de la fecha de la presente.

Yo reconozco que he leído y entiendo este formulario en su totalidad

FIRMA DEL EMPLEADO (Requerida)	FECHA DE HOY (Requerida)
X	

FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA DEL EMPLEADO (Si solicita la cobertura)	FECHA DE HOY (Requerida)
X	

**Los Formularios de Inscripción incompletos se devolverán por correo para que los complete. Esto puede demorar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.**

**ENTIENDO QUE ME ESTOY INSCRIBIENDO EN LA COBERTURA DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO), NO LA COBERTURA DE SALUD PPO.**  
Cobertura suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc. El logotipo de Memorial Hermann Health Plan, Inc. es una marca registrada de Memorial Hermann Health System.