

Cobertura médica suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company.

(Si existe Grupo MHHP)

Planes de Elección de Beneficios para el Consumidor

En cuanto a los productos HMO, usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de la Organización para el Mantenimiento de la Salud con Elección de Beneficios para el Consumidor que, en parte o en su totalidad, no proporciona beneficios médicos que normalmente exige el estado de Texas en evidencias de cobertura. Este plan de beneficios médicos estándar podrá proporcionarle un plan médico más económico aunque, al mismo tiempo, le proporcionará menos beneficios del plan médico que los que normalmente se exigen en el estado de Texas. Si elige este plan de beneficios médicos estándar, consulte con su agente de seguros para averiguar cuáles son los beneficios médicos exigidos por el estado que han quedado excluidos en esta evidencia de cobertura.

I. SELECCIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

- Nueva Inscripción de Grupo
 Inscripción tardía
 Nueva contratación
 Entrada en vigor de COBRA: | _____ |
 Adición familiar
 Reinscripción
 Cambio de Cobertura
 Período anual de inscripción
 Continuidad de la cobertura

2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO - Debe ser rellena por el propio empleado.

APELLIDOS	NOMBRE	Inicial del segundo nombre	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN PARTICULAR (No se acepta un apartado postal, a no ser que se trate de un apartado postal rural)			NÚMERO DE APTO.	NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DE SOLTERA DE LA EMPLEADA/DE LA CÓNYUGE
NOMBRE DE GRUPO	PROFESIÓN/CARGO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO		NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE O DE LA PAREJA DE HECHO
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO			

Tenga en cuenta que: Si algún dependiente tiene una dirección diferente, escriba el nombre del dependiente, la relación que mantiene con el empleado y la dirección en una hoja separada que irá adjunta a este formulario de inscripción.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/DEPENDIENTE Y LA PAREJA DE HECHO - Escriba su nombre y únicamente el de los dependientes que sean elegibles y que soliciten cobertura.

Un "dependiente" elegible es el cónyuge legítimo de un empleado tal y como lo reconoce la Ley de Texas, o su pareja de hecho; hijos o hijastros que sean menores de 26 años; hijos adoptados menores de 26 años, incluido un hijo con el que el Empleado Elegible guarda relación por una demanda de adopción; o nietos que no estén casados y sean menores de 26 años, dependientes a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se complete este formulario de inscripción.

Si la adición familiar es el cónyuge, especifique la fecha del matrimonio: | _____ |

Si el familiar añadido es la pareja de hecho, adjunte la declaración jurada.

Relación	Sexo	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Consumidor de tabaco*?	¿Persona discapacitada?	Lengua materna	¿Discapacidad que afecte la capacidad de comunicarse o de leer?	Fecha de nacimiento mes/día/año	Nº del Seguro Social	Nombre y número del médico de atención primaria (únicamente para la cobertura HMO)
Empleado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<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 de hecho	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<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"/> M <input type="checkbox"/> F				<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"/> M <input type="checkbox"/> F				<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"/> M <input type="checkbox"/> F				<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 consumen tabaco o han consumido tabaco una media de cuatro veces o más a la semana en los últimos seis meses, sin tener en cuenta consumos religiosos o ceremoniales.

Según corresponda, el solicitante puede seleccionar un obstetra o ginecólogo tal y como se establece en Capítulo 1451, Subcapítulo F del Código de Seguros de Texas. El Inscrito puede indicar su selección aquí:

El Inscrito no está obligado a seleccionar un obstetra o ginecólogo, pero, en cambio, puede recibir servicios de obstetricia o ginecología de su médico de atención primaria o de su proveedor de atención primaria.

4. COBERTURA MÉDICA

Grupo reducido (con un tamaño de 2-50):

Grupo grande (con un tamaño superior a 51):

Plan HMO: _____

Plan HMO: _____

Plan PPO: _____

Plan PPO: _____

Con PPO de cobertura total (si corresponde): Sí No

5. RENUNCIA A LA COBERTURA - Debe ser completada si se rechaza o se renuncia a cualquier cobertura por parte de un empleado elegible y/o por sus familiares elegibles.

A. Renuncia a la cobertura médica grupal (marque la casilla o escriba la información solicitada)			
	Yo mismo	Cónyuge	Dependiente(s)
Cubierto por el grupo de cobertura del cónyuge/pareja de hecho -			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el Número de identidad			
Inscrito en otro Plan de Seguros -			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el Número de identidad			
Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otros (explicación):			

Certifico que el Grupo me ha explicado la cobertura disponible y que soy consciente de que tengo el derecho de inscribirme para recibir cobertura. He tenido la oportunidad de inscribirme para recibir esta cobertura y he decidido no inscribirme ni a mí, ni a mi(s) dependiente(s), si los hubiera. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie me ha influenciado o coaccionado para renunciar a dicha cobertura. Renunciando a esta cobertura médica grupal (salvo que el empleado y/o los dependientes tengan otra cobertura médica grupal con otra compañía*), entiendo que si deseo inscribirme en una fecha posterior, mi(s) dependiente(s) y yo deberemos esperar hasta el próximo periodo de inscripción anual abierto del Grupo.

X _____

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

Fecha (mes/día/año)

* Si está renunciando a la cobertura para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge/pareja de hecho) porque ya tiene otra cobertura de seguro de salud, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir en la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un periodo de 31 días después de que termine la otra cobertura para usted o sus dependientes (o en un plazo de 31 días después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente fruto de un matrimonio, nacimiento, adopción o acogimiento con fines adoptivos (un "evento elegible"), usted podrá inscribirse en ese momento, tanto a usted como a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un periodo de 31 días tras el evento elegible.

6. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODOS LOS EMPLEADOS INSCRITOS Y DEPENDIENTES (responda a todas las preguntas)

	Sí	No
1. ¿Alguna de las personas en este Formulario de inscripción tiene intención de continuar con la cobertura de grupo si se acepta este Formulario de inscripción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona: _____		
Compañía aseguradora _____ Número de póliza _____		
2. ¿Alguna de las personas solicitantes es elegible para Medicare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, indique su nombre: _____		

7. CUESTIONARIO DE SALUD PARA GRUPOS QUE INSCRIBAN A 51 EMPLEADOS O MÁS

1. En los últimos 10 años, ¿alguna persona que figure en este Formulario de inscripción, ha presentado síntomas, acudido a consulta, recibido consejo, le diagnosticaron o recomendaron tratamiento, recibió tratamiento (incluyendo medicación) o ha estado hospitalizada por alguna de las siguientes afecciones: ¿Enfermedades cardiovasculares o trastornos cardíacos, accidentes cerebrovasculares, trastornos del riñón, estómago, intestinos o hígado; enfermedades mentales o nerviosas; trastornos del sistema nervioso central, diabetes; cualquier trastorno de los pulmones o del sistema respiratorio; o cáncer?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los 10 últimos años, ¿alguna persona que figure en este Formulario de inscripción ha sido diagnosticada clínicamente con trastorno de inmunodeficiencia (SIDA), complejo relacionado con el SIDA o resultado positivo para el VIH?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En los últimos 24 meses, ¿alguna persona que figure en este Formulario de Inscripción se ha sometido a cirugía o ha sido internada en un hospital, sanatorio, centro de convalecencia o centro de atención especializada o ha tenido gastos médicos superiores a \$5,000?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna persona de las que figuran en este Formulario de inscripción:		
a. está bajo tratamiento, recibiendo terapia o tomando medicamentos por alguna afección o enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. está embarazada o un hombre está esperando un hijo con una persona, conste o no en este Formulario de inscripción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, indique la fecha prevista del parto (Mes, Día, Año) _____		
c. es consumidor de tabaco durante los últimos dos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empleado: Altura _____ Peso _____

Cónyuge/Pareja de hecho: Altura _____ Peso _____

Si ha respondido que "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, complete el siguiente cuestionario: (Adjunte hojas adicionales si fuera necesario).

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Afección/enfermedad: _____

Afección/enfermedad: _____

Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____

Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____

Tratamiento recibido: _____

Tratamiento recibido: _____

¿Sigue recibiendo tratamiento? Sí No

¿Sigue recibiendo tratamiento? Sí No

Sí Medicación y dosis suministrada: _____

Medicación y dosis suministrada: _____

Fecha: Desde _____ Hasta _____

Fecha: Desde _____ Hasta _____

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: _____

Médicos del tratamiento, nombre/dirección: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Afección/enfermedad: _____

Afección/enfermedad: _____

Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____

Fechas de tratamiento: Desde _____ Hasta _____

Tratamiento recibido: _____

Tratamiento recibido: _____

¿Sigue recibiendo tratamiento? Sí No

¿Sigue recibiendo tratamiento? Sí No

Sí Medicación y dosis suministrada: _____

Medicación y dosis suministrada: _____

Fecha: Desde _____ Hasta _____

Fecha: Desde _____ Hasta _____

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: _____

Médicos del tratamiento, nombre/dirección: _____

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN (La siguiente autorización debe ser firmada por cada empleado solicitante de cobertura.)

Afirmo que: Toda la información de este formulario es correcta y verídica. Entiendo que es la base bajo la que se emitirá la cobertura de este plan. Autorizo al Grupo a deducir mi contribución, si la hubiera, de mi salario en relación a los costos de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de actividad del Grupo como trabajador indefinido un mínimo de 30 horas semanales.

Entiendo que mi Solicitud de Grupo determinará mi cobertura y que no tendré cobertura salvo que, y hasta que, tanto mi formulario de inscripción como las solicitudes de Grupo hayan sido aceptadas y aprobadas por MHHP/MHHIC.

Afirmo que he leído este formulario y que, aunque MHHP/MHHIC lo apruebe, si se detecta cualquier inexactitud intencionada u omisión en el mismo, relativa a mí, mi cónyuge/pareja de hecho, según corresponda, puede resultar en la denegación de futuras reclamaciones o en la rescisión o reevaluación a la fecha de entrada en vigor a efectos de elegibilidad y valoración de mi cobertura y/o de la cobertura de mi cónyuge/pareja de hecho bajo el Plan de Grupo.

Acuerdo de arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHHP/MHHIC y mi persona puede estar sujeta a arbitraje vinculante. El arbitraje se aplicará según las normas comerciales aplicables del Código de Texas de Práctica Civil y Remedios, Capítulo 171. El arbitraje únicamente será vinculante si ambas partes así lo acuerdan y tendrá lugar en el condado en el que el titular del plan de cobertura o, si es pertinente, el beneficiario reside. Firmando esta solicitud, no estoy de aceptando el arbitraje vinculante. Si me estoy inscribiendo en un plan promocionado por un Grupo que está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), entiendo que cualquier disputa que implique una decisión sobre beneficios adversa puede ser enviada para arbitraje vinculante voluntario únicamente después de que finalice el proceso de apelación a través del ERISA.

Este formulario ha sido completado por otra persona. Yo, el inscrito, certifico haber leído toda la información proporcionada en las respuestas y confirmo y garantizo a MHHP/MHHIC que dicha información es verídica, completa y exacta, y que en la fecha actual, si he completado este formulario de mi puño y letra, la información proporcionada no ha cambiado.

He completado este formulario. Aseguro a MHHP/MHHIC que he leído toda la información proporcionada como respuesta a las preguntas en este formulario y afirmo a MHHP que dicha información es verídica, completa y exacta en la fecha actual.

Reconozco haber leído y entendido este documento en su totalidad.

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

FIRMA DEL CÓNYUGE/ DE LA PAREJA DE HECHO DEL EMPLEADO (si solicita una cobertura)	FECHA DE HOY (obligatoria)
X	

Los formularios de inscripción incompletos serán reenviados para que sean completados. Esto podría retrasar la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

La cobertura del plan de salud está suscrita por Memorial Hermann Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company. El logo de Memorial Hermann Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company son una marca registrada de Memorial Hermann Health System.