

**NÚMERO DE GRUPO**

(Si existe grupo MHP)



Memorial Hermann Health Plan, Inc.  
 Memorial Hermann Health Solutions, Inc.  
 Memorial Hermann Health Insurance Company  
 Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc.

## INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Memorial Hermann Health Insurance Company ("MHIC") | Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. ("MHCHP")

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

### [PLANES DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS PARA EL CONSUMIDOR

Para 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, de manera parcial o total, no proporciona beneficios médicos que normalmente exige el estado de Texas como 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 del seguro para averiguar cuáles son los beneficios médicos que exige el estado y están excluidos en esta evidencia de cobertura.]

#### 1. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inscripción de grupo nuevo tardía  | <input type="checkbox"/> Inscripción   | <input type="checkbox"/> Nueva contratación     | <input type="checkbox"/> Inscripción abierta anual                       |
| <input type="checkbox"/> Cambio de dirección  | <input type="checkbox"/> Reinscripción | <input type="checkbox"/> Cambio de la cobertura | <input type="checkbox"/> Continuación de cobertura según leyes estatales |
| <input type="checkbox"/> Adición familiar   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Fecha de entrada en vigor de COBRA: _____ Fecha original de entrada en vigor: _____ Motivo de COBRA: _____ |  |   |  |

#### 2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO - *Debe ser completada por el empleado.*

APELLIDO	NOMBRE	I.S.N.	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO	N.º DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (No se acepta apartado de correos salvo que se trate de una zona rural)			N.º DE DEPTO.	N.º DE TELÉFONO LABORAL
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		DEL EMPLEADO/CÓNYUGE APELLIDO DE SOLTERA
NOMBRE DEL GRUPO	OCUPACIÓN/CARGO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO		N.º DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/DE LA PAREJA DE HECHO
N.º DE TELÉFONO DEL TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO			

Tenga en cuenta lo siguiente: 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 los 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 que esté en proceso 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; o dependientes con discapacidades mayores de 26 años que estén discapacitados médicamente y dependan de los padres.

Si la adición familiar es el cónyuge, especifique la fecha del matrimonio: \_\_\_\_\_ Si el familiar agregado es la pareja de hecho, adjunte la declaración jurada.

Relación	Sexo	Apellido	Nombre	I.S.N.	¿Usa productos derivados del tabaco?*	¿Tiene una discapacidad?	Idioma principal	¿Tiene una discapacidad que afecte la capacidad de comunicarse o de leer?	Fecha de nacimiento xx/xx/xxxx	N.º de Seguro Social**	Nombre y número del PCP (solo para cobertura de HMO)
Empleado	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M				<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"/> H <input type="checkbox"/> M				<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"/> H <input type="checkbox"/> M				<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"/> H <input type="checkbox"/> M				<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"/> H <input type="checkbox"/> M				<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 a la semana o más en los últimos seis meses, sin tener en cuenta consumos religiosos o ceremoniales.

\*\* Si no proporciona el N.º de Seguro Social para algún niño dependiente (hasta 18 años de edad), complete el Formulario de Declaración de Seguro Social.

Según corresponda, la persona solicitante puede seleccionar un obstetra o ginecólogo, además de un PCP, tal como se establece en el Capítulo 1451, Subcapítulo F del Código de Seguros de Texas. La persona inscrita puede indicar su selección aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La persona inscrita no está obligada a seleccionar un obstetra o ginecólogo, en su lugar, puede recibir servicios de obstetricia o ginecología de su médico de atención primaria o de su proveedor de atención primaria.

#### 4. COBERTURA MÉDICA

**Grupo pequeño (tamaño de grupo de 2 a 50):**

**Grupo grande (tamaño de grupo de más de 51):**

Plan HMO: \_\_\_\_\_

Plan HMO: \_\_\_\_\_

Plan PPO: \_\_\_\_\_

Plan PPO: \_\_\_\_\_

Con compra de PPO (si corresponde):    Sí    No

#### 5. RENUNCIA A LA COBERTURA

Debe completarse si un empleado elegible o sus familiares elegibles rechazan alguna cobertura o renuncian a esta.

Cobertura médica grupal rechazada (Marque la casilla o escriba la información solicitada)	Yo mismo	Cónyuge	Dependientes
Cubierto por el grupo de cobertura del cónyuge o la pareja de hecho			
Nombre de la compañía de seguros			
Número de identidad			
Inscrito en otro plan de seguros			
Nombre de la compañía de seguros			
Número de identidad			
Medicare			
Cubierto por TRICARE			
Otros (explique):			

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 mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión de forma voluntaria y nadie me ha influenciado o coaccionado para renunciar a dicha cobertura. Mediante la renuncia a esta cobertura médica grupal (salvo que el empleado o los dependientes tengan otra cobertura médica grupal con otra compañía\*), entiendo que, si deseo inscribirme en una fecha posterior, mis dependientes y yo deberemos esperar hasta el próximo período de inscripción anual abierto del grupo.

X \_\_\_\_\_

**Firma si renuncia a la cobertura para el empleado o dependientes**

\_\_\_\_\_ **Fecha (mes/día/año)**

\* Si está renunciado a la cobertura para usted o sus dependientes (que incluye su cónyuge/pareja de hecho) porque ya tiene otra cobertura de seguro de salud, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si dejan de ser elegibles para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un período 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 demanda de adopción (un "evento de elegibilidad"), usted podrá inscribirse en ese momento, así como a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un período de 31 días tras el evento de elegibilidad.

**6. OTRA COBERTURA MÉDICA PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE SE INSCRIBAN**

(Responda 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 de seguros _____ N.º de póliza _____		
2. ¿Alguna de las personas solicitantes es elegible para Medicare? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona: _____		

**7. CUESTIONARIO DE SALUD: ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA GRUPOS GRANDES QUE INSCRIBAN A 51 EMPLEADOS O MÁS**

1. Within the last 10 years, has any person listed on this Enrollment Form, had any signs or symptoms, had a consultation for, received advice for, sought diagnosis or treatment for, had treatment recommended for, received treatment (including medication) for, or been hospitalized for any of the following conditions: Cardiovascular disease or heart disorders, strokes, disorders of the kidney, stomach, intestines or liver; mental or nervous conditions; central nervous system disorders, diabetes; any disorders of the lungs or respiratory system or cancer? .....	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Within the last 10 years, has any person listed on this Enrollment Form been medically diagnosed with an immune deficiency disorder (AIDS), AIDS-related complex or tested positive for HIV? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. During the last 24 months, has any person listed on this Enrollment Form had surgery or been confined in any hospital, sanitarium, convalescent facility or specialized care facility or had medical expenses more than \$ 5,000? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is any person listed on this Enrollment Form:		
a. Currently under treatment, receiving counseling or taking medicine for any condition or disease? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Currently pregnant or is any male expecting a child with anyone, whether listed on this Enrollment Form or not? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, due date (Month, Day, Year) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A user of tobacco products within the last 2 years? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empleado: Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Cónyuge/pareja de hecho:

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Afección/enfermedad: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo tratamiento?  Sí  No

Medicación y dosis que toma: \_\_\_\_\_

Fecha: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Afección/enfermedad: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo tratamiento?  Sí  No

Medicación y dosis que toma: \_\_\_\_\_

Fecha: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Afección/enfermedad: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo tratamiento?  Sí  No

Medicación y dosis que toma: \_\_\_\_\_

Fecha: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Afección/enfermedad: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo tratamiento?  Sí  No

Medicación y dosis que toma: \_\_\_\_\_

Fecha: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Afección/enfermedad: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo tratamiento?  Sí  No

Medicación y dosis que toma: \_\_\_\_\_

Fecha: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Afección/enfermedad: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo tratamiento?  Sí  No

Medicación y dosis que toma: \_\_\_\_\_

Fecha: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Proveedores de tratamiento, nombre/dirección: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN** (cada empleado que solicite la cobertura debe firmar la siguiente autorización).

**Afirmo que:** Toda la información de este formulario es correcta y verídica. Entiendo que es la base sobre la cual se emitirá la cobertura de este plan. Autorizo al Grupo a deducir mi contribución, si la hubiera, de mis ingresos en relación con 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 reciban la aceptación y aprobación de MHCHP/MHHIC.

Afirmo que leí este formulario y que, aunque MHCHP/MHHIC lo apruebe, si se detecta cualquier declaración falsa intencional de hechos materiales distintas de las relacionadas con el estado de salud mío o de mi cónyuge/pareja de hecho, según corresponda, puede tener como consecuencia el rechazo de futuras reclamaciones o la rescisión o reevaluación a la fecha de entrada en vigor a efectos de elegibilidad y valoración de mi cobertura o la de mi cónyuge/pareja de hecho correspondiente al Plan de Grupo.

**Acuerdo de arbitraje:** Entiendo que cualquier disputa entre MHCHP/MHHIC y yo 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 resida el titular del plan de cobertura o, si corresponde, el beneficiario. Los inscritos de HMO tienen derecho a tomar acciones legales y no se los puede obligar a aceptar el arbitraje vinculante obligatorio, ya que el arbitraje es voluntario. Mediante la firma de esta solicitud, no estoy aceptando el arbitraje vinculante. Si me inscribo en un plan patrocinado por el Grupo que esté 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 de ERISA.

- Este formulario fue completado por otra persona. Yo, la persona inscrita, certifico haber leído toda la información proporcionada en las respuestas y confirmo y garantizo a MHCHP/MHHIC que dicha información es verídica, completa y exacta a la fecha actual y que, si hubiera completado este formulario con mi puño y letra, la información proporcionada en el formulario de inscripción no habría cambiado.
- Yo completé este formulario. Aseguro a MHCHP/MHHIC que leí toda la información proporcionada como respuesta a las preguntas en este formulario y afirmo a MHCHP/MHHIC que dicha información es verídica, completa y exacta a la fecha actual.

Reconozco haber leído y entendido este documento en su totalidad.

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

**Los formularios de inscripción incompletos se reenviarán para que los complete. Esto podría retrasar la fecha de entrada en vigor de su cobertura.**

El plan de salud está cubierto por Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company. Los logotipos de Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company son una marca comercial registrada de Memorial Hermann Health System.