

NÚMERO DE GRUPO

(Si hay grupo de MHHP)

INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Memorial Hermann Health Insurance Company (“MHHC”)/Memorial Hermann Commercial Health Plan (“MHCHP”)
Cobertura de seguro médico suscrita por Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company.

[PLANES DE BENEFICIOS ELEGIDOS POR EL CONSUMIDOR

Para los productos de HMO, usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de Organización para el mantenimiento de la salud de beneficios elegidos por el consumidor (Consumer Choice Benefits Health Maintenance Organization) que, ya sea por completo o en parte, no proporciona los beneficios médicos ordenados por el estado que normalmente se requieren en Texas en la evidencia de cobertura. Este plan de beneficios médicos puede proporcionarle un plan médico asequible, aunque a la vez puede darle menos beneficios del plan médico de los que normalmente están incluidos como beneficios médicos ordenados por el estado en Texas. Si usted elige este plan de beneficios médicos estándar, consulte con su agente de seguros para descubrir cuáles son los beneficios médicos ordenados por el estado que se excluyen en esta evidencia de cobertura.]

1. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

- | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nueva inscripción grupal | <input type="checkbox"/> Nueva contratación | <input type="checkbox"/> Reinscripción | <input type="checkbox"/> Añadir/eliminar dependiente | <input type="checkbox"/> COBRA |
| <input type="checkbox"/> Inscripción abierta inicial | <input type="checkbox"/> Inscripción tardía | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección | <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura | |

2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE CONTRATACIÓN DE TIEMPO COMPLETO	TELÉFONO DE CASA
DIRECCIÓN		APT. N.º	IDIOMA PRINCIPAL	TELÉFONO MÓVIL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN/CARGO		<input type="checkbox"/> Marque si quiere recibir electrónicamente el material del Plan.**	¿ESTÁ CASADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**** Tiene el derecho de revocar su consentimiento para las comunicaciones electrónicas y pedir copias impresas en cualquier momento. Para revocar su consentimiento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (855) 645-8448.**

3. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE Y PAREJA DOMÉSTICA

Escriba su información y solo la de los dependientes elegibles que están solicitando la cobertura.

Un “dependiente” elegible es el cónyuge legítimo del empleado reconocido según la ley de Texas, o pareja doméstica; hijos o hijastros menores de 26 años; hijos con orden de manutención médica; hijos adoptivos menores de 26 años, incluyendo un hijo del empleado elegible que sea parte en un proceso de adopción o puesto en adopción; nietos solteros menores de 26 años que sean dependientes para fines del impuesto federal sobre ingresos en el momento de completar este formulario de inscripción, o dependientes discapacitados mayores de 26 años que estén discapacitados médicamente y sean dependientes del padre/madre.

♦ Sección 4302 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Cómo entender las disparidades médicas: recopilación y análisis de datos) exige que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) establezca los estándares de recopilación de datos para raza, origen étnico, sexo, idioma principal y estado de discapacidad con el propósito de identificar las disparidades raciales y étnicas; entender las causas y correlaciones, y monitorear el progreso para reducirlas.

♦ Raza/ origen étnico:		01: Blanco	02: Negro/afroamericano	03: Indio americano/nativo de Alaska	04: Asiático	05: Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico	06: Otra raza	07: Dos o más orígenes étnicos	08: Prefiero no responder	09: Origen étnico desconocido
Relación	Sexo	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	¿Es discapacitado?	¿Discapacidad que afecta la capacidad de comunicarse o leer?	Raza / origen étnico	N.º de Seguro Social **	Nombre y número de identificación del PCP (únicamente para cobertura de 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			
Cónyuge/pareja doméstica	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección (si es diferente a la del empleado):						Teléfono móvil:		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico:	
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección (si es diferente a la del empleado):						Teléfono móvil (mayor de 18 años):		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico (mayores de 18 años):	
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección (si es diferente a la del empleado):						Teléfono móvil (mayor de 18 años):		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico (mayores de 18 años):	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección (si es diferente a la del empleado):						Teléfono móvil (mayor de 18 años):		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico (mayores de 18 años):	

****Si no proporciona el número de Seguro Social de algún hijo dependiente (hasta 18 años), es necesario completar el Formulario de declaración del Seguro Social.**

Según corresponda, la afiliada puede seleccionar a un obstetra o ginecólogo dentro de la red, además del PCP, como está establecido en el Código de Seguros de Texas, Capítulo 1451, Subcapítulo F. La afiliada no está obligada a elegir a un obstetra o ginecólogo, sino puede recibir los servicios obstétricos o ginecológicos de su médico de atención primaria o del proveedor de atención primaria. La afiliada puede designar aquí la selección:

Nombre de la afiliada:	Nombre y dirección del proveedor:

4. COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Indique el nombre del plan médico de su elección.

Nombre del plan de HMO:	Nombre del plan de PPO:
-------------------------	-------------------------

5. OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE ESTÁN INSCRIBIÉNDOSE

(Responda todas las preguntas).

¿Tiene alguna de las personas mencionadas en este formulario de inscripción la intención de continuar con otra cobertura si se acepta esta inscripción?
Si es así, complete la información de abajo. Sí No

Nombre	Compañía de seguros	N.º de póliza	Identificación del miembro	Fecha de entrada en vigor	Fecha de terminación

6. CUESTIONARIO DE SALUD: (responda todas las preguntas).

- | | | |
|--|--|--|
| <p>A. En los últimos 10 años, ¿alguna de las personas mencionadas en este formulario de inscripción ha tenido alguna señal o síntomas, ha consultado, recibido asesoramiento, buscado diagnóstico o tratamiento, recibido recomendación de tratamiento, recibido tratamiento (incluyendo medicamentos) o ingresado en el hospital por cualquiera de las siguientes condiciones? Enfermedades cardiovasculares o trastornos cardíacos, apoplejías, trastornos de los riñones, estómago, intestinos o hígado; condiciones mentales o nerviosas; trastornos del sistema nervioso central; diabetes; cualquier trastorno de los pulmones o sistema respiratorio; cáncer.....</p> | SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>B. En los últimos 10 años, ¿han diagnosticado a alguna persona mencionada en este formulario de inscripción con un trastorno inmunodeficiencia (sida), complejo relacionado con el sida o dio positivo por VIH?</p> | SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>C. Durante los últimos 24 meses, ¿alguna de las personas mencionadas en este formulario de inscripción ha tenido alguna operación o ha estado internada en un hospital, sanatorio, centro de convalecencia o de atención especializada, o tuvo gastos médicos de más de \$5,000?</p> | SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>D. Alguna persona mencionada en este formulario de inscripción:</p> <p>1) ¿Está actualmente en tratamiento, recibiendo orientación o tomando medicamentos para alguna condición o enfermedad?.....</p> <p>2) ¿Está embarazada actualmente, o alguno de los hombres está esperando un hijo con alguien, ya sea que se haya mencionado en este formulario de inscripción o no? Si respondió "Sí", ¿cuándo es la fecha de parto esperada (MM/DD/AA)?</p> <p>3) ¿Ha consumido productos de tabaco en los últimos 2 años?</p> | SÍ | NO |
| <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

Empleado: Estatura _____ Peso _____ Cónyuge/pareja doméstica: Estatura _____ Peso _____

Si la respuesta es "Sí" a alguna de estas preguntas médicas de arriba, complete lo siguiente: (Adjunte más páginas si es necesario).

Nombre del paciente: _____
Condición/enfermedad: _____
Fechas del tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento hecho: _____
¿Todavía está en tratamiento? Sí No
Medicamentos y dosis: _____
Fechas en que lo tomó: Desde _____ Hasta _____
Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Condición/enfermedad: _____
Fechas del tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento hecho: _____
¿Todavía está en tratamiento? Sí No
Medicamentos y dosis: _____
Fechas en que lo tomó: Desde _____ Hasta _____
Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Condición/enfermedad: _____
Fechas del tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento hecho: _____
¿Todavía está en tratamiento? Sí No
Medicamentos y dosis: _____
Fechas en que lo tomó: Desde _____ Hasta _____
Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Condición/enfermedad: _____
Fechas del tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento hecho: _____
¿Todavía está en tratamiento? Sí No
Medicamentos y dosis: _____
Fechas en que lo tomó: Desde _____ Hasta _____
Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Condición/enfermedad: _____
Fechas del tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento hecho: _____
¿Todavía está en tratamiento? Sí No
Medicamentos y dosis: _____
Fechas en que lo tomó: Desde _____ Hasta _____
Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Condición/enfermedad: _____
Fechas del tratamiento: Desde _____ Hasta _____
Tratamiento hecho: _____
¿Todavía está en tratamiento? Sí No
Medicamentos y dosis: _____
Fechas en que lo tomó: Desde _____ Hasta _____
Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____

AUTORIZACIÓN/DECLARACIÓN DE REVELACIÓN (La siguiente autorización debe firmarla cada empleado que esté solicitando la cobertura).

Acepto: Toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que es la base para extender la cobertura según este plan. Además autorizo al Grupo a deducir mi aportación, si la hubiera, de mis ingresos para el costo de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de la empresa del Grupo en empleo permanente por un mínimo de 30 horas por semana.

Entiendo que mi solicitud del Grupo determinará la cobertura y que no hay cobertura a menos y hasta que mi formulario de inscripción y las solicitudes del Grupo las hayan aceptado y aprobado MHCHP/MHHIC.

Yo declaro que he leído esto y que aun si MHCHP/MHHIC lo aprueba, cualquier declaración falsa deliberada de un dato importante que no sean declaraciones falsas relacionadas con mi estado médico o el de mi cónyuge/pareja doméstica, según corresponda, puede tener como consecuencia que se denieguen futuros reclamos, o que mi cobertura o la de mi cónyuge/pareja doméstica en el plan del Grupo se rescinda o se evalúe nuevamente de manera retroactiva a mi fecha de entrada en vigor para fines de elegibilidad y calificación.

Acuerdo de arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHCHP/MHHIC y yo puede estar sujeta a arbitraje. El arbitraje se hará según las reglas comerciales aplicables del Código de Prácticas y Recursos Civiles de Texas, Capítulo 171. El arbitraje será vinculante únicamente si ambas partes lo acuerdan y el arbitraje se hace en el condado donde reside el titular del plan de cobertura o, si corresponde, el beneficiario. Los afiliados tienen el derecho de emprender acciones legales y no se les puede exigir que acepten el arbitraje obligatorio vinculante puesto que el arbitraje es voluntario. Firmando esta solicitud, no estoy aceptando el arbitraje vinculante. Si me estoy inscribiendo en un plan del Grupo patrocinado que está sujeto a ERISA, entiendo que cualquier disputa que incluya una decisión de beneficios adversa se puede presentar para arbitraje vinculante voluntario únicamente después de que se haya completado el proceso de apelaciones de ERISA.

- Esto lo completó otra persona. Yo, el afiliado, declaro que he leído toda la información dada como respuestas en esto y declaro y aseguro a MHCHP/MHHIC que dicha información es verdadera, completa y precisa a la fecha actual y, si hubiera completado esto por mi cuenta, la información dada en el formulario de inscripción sería la misma.
- Yo completé este formulario. Declaro a MHCHP/MHHIC que he leído toda la información dada como respuestas en respuesta a las preguntas sobre esto y declaro a MHCHP/MHHIC que dicha información es verdadera, completa y precisa a la fecha actual.

Reconozco que he leído y entiendo esto en su totalidad.

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

FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA (Si está solicitando la cobertura)	FECHA DE HOY (obligatorio)
X	

Los formularios de inscripción incompletos se le devolverán por correo para que los complete. Esto puede demorar la fecha de entrada en vigor de su cobertura.

La cobertura de seguro médico está suscrita 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.

7. DECLINACIÓN DE LA COBERTURA

Debe completarse si el empleado elegible o sus familiares elegibles declinan o rechazan cualquier cobertura.

Declinando la cobertura de seguro médico (Marque todas las casillas correspondientes para cada persona).	Cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/pareja doméstica	Cubierto por póliza de seguro individual	Cubierto por Medicare	Cubierto por TRICARE	Cubierto por Medicaid/CHIP	Sin cobertura médica actual
Empleado (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros			Identificación del miembro			
Cónyuge/pareja doméstica (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros			Identificación del miembro			
Dependiente (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros			Identificación del miembro			
Dependiente (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros			Identificación del miembro			
Dependiente (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros			Identificación del miembro			
Otro motivo para declinar (explicar)						

Reconozco que el Grupo me explicó la cobertura disponible y sé que tengo el derecho de inscribirme en la cobertura. Me dieron la oportunidad de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie influyó en mí ni me presionó para declinar la cobertura. Con mi declinación de esta cobertura de seguro médico grupal (a menos que el empleado o los dependientes tengan otra cobertura de seguro médico grupal*), reconozco que si quiero inscribirme después, mis dependientes y yo tendremos que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta anual del Grupo.

X _____
Firmar si se está declinando la cobertura del empleado/dependientes

Fecha (mes/día/año)

* Si está declinando la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge/pareja doméstica) debido a otra cobertura de seguro médico, puede inscribirse en este plan usted y sus dependientes si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días después de la fecha en que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o en el plazo de 31 días después de la fecha en que el empleador deje de contribuir para la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o parte en proceso de adopción, o recibe una orden de manutención médica para un menor (un "evento que lo hace calificar"), en ese momento pueden inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días después del evento que lo haga calificar.