

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

INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Memorial Hermann Health Insurance Company ("MHHIC") y Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. ("MHCHP")
NÚMERO DE GRUPO

(Si existe Grupo MHCHP)

Planes de Beneficios de Libre Elección para el Consumidor

Para los productos de HMO, usted tiene la opción de elegir este plan de atención médica de la Organización para el Mantenimiento de la Salud con Libre 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, por favor consulte con su agente del seguro para averiguar cuáles son los beneficios médicos exigidos por el estado que han quedado excluidos en esta evidencia de cobertura.

I. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

- Nueva inscripción de grupo
 Inscripción tardía
 Nueva contratación
 Fecha de entrada en vigor de COBRA: | _____ |
 Adición familiar
 Re-inscripción
 Cambio de cobertura
 Inscripción anual abierta
 Ley estatal de continuidad de cobertura del plan de salud

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

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	NO. DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE DOMICILIO (No se acepta apartado postal salvo en una zona rural)			NO. DE APTO.	NO. DE TELÉFONO DE DOMICILIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NOMBRE DE SOLTERO DEL EMPLEADO/CÓNYUGE
NOMBRE DEL GRUPO	OCUPACIÓN / PUESTO DE TRABAJO	FECHA DE CONTRATACIÓN A TIEMPO COMPLETO		NO. DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA
NO. DE TELÉFONO DEL NEGOCIO	CORREO ELECTRÓNICO			

Por favor tenga presente: Si algún dependiente tiene una dirección diferente, por favor escriba el nombre del dependiente, la relación que tiene 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 DOMÉSTICA - Escriba su nombre y solo el de los dependientes elegibles 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 doméstica; 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 llena este formulario de inscripción.

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

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

Relación	Sexo	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Consumidor de productos de tabaco*?	¿Discapacitado?	Lengua materna	¿Discapacidad que afecte la capacidad para comunicarse o leer?	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	NSS	Nombre y número del PCP (Solo 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		<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		<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 un promedio de cuatro veces o más a la semana en los últimos seis meses, sin tener en cuenta los usos religiosos o ceremoniales.

Según corresponda, el Inscrito puede seleccionar un obstetra o ginecólogo conforme se establece en el 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 pequeño (tamaño del grupo 2-50):

Grupo grande (tamaño del grupo 51+):

Plan HMO: _____

Plan HMO: _____

Plan PPO: _____

Plan PPO: _____

Con PPO Buy-Up (si corresponde): Sí No

5. RENUNCIA A LA COBERTURA - Debe ser llenado 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 (por favor marque la casilla o escriba la información solicitada)			
	Yo	Cónyuge	Dependiente(s)
Cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge/pareja doméstica -			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el Número de identidad			
Inscrito en cualquier otro Plan de Seguros -			
Escriba el nombre de la compañía de seguros			
Escriba el 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. Se me ha dado 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 ni 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 _____

Firma si se 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 doméstica) 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 colocación para adopción (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 Y DEPENDIENTES QUE SE INSCRIBAN (por favor responda todas las preguntas)

	Sí	No
1. ¿Alguna de las personas en este Formulario de inscripción tiene intención de continuar con otra 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 Seguro _____ No. 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 – ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA GRUPOS GRANDES QUE INSCRIBAN A 51 O MÁS EMPLEADOS

1. ¿Alguna de las personas mencionadas en este Formulario de inscripción tuvo algún signo o síntoma, tuvo consulta, recibió asesoramiento, solicitó diagnóstico o tratamiento, tuvo tratamiento recomendado, recibió tratamiento (incluyendo medicamentos), o estuvo hospitalizado por alguna de las siguientes afecciones en los últimos 10 años: Enfermedad cardiovascular o problemas del corazón, accidentes cardiovasculares, trastornos de los riñones, estómago, intestinos o hígado; afecciones mentales o nerviosas, trastornos del sistema nervioso central, diabetes; cualquier trastorno en los pulmones o el sistema respiratorio o cáncer?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna de las personas mencionadas en este Formulario de inscripción ha sido médicamente diagnosticada con algún problema de inmunodeficiencia (SIDA), complicación relacionada con el SIDA o ha resultado positivo para VIH en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna de las personas mencionadas en este Formulario de inscripción ha sido sometida a una cirugía o ha sido confinada en un hospital, sanatorio, centro de convalecencia o centro de cuidado especializado o ha tenido gastos médicos de más de \$ 5,000 durante los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna persona mencionada en este Formulario de inscripción:		
a. Está actualmente bajo tratamiento, recibiendo asesoramiento o tomando algún medicamento por alguna afección o enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está actualmente embarazada o es un hombre esperando un hijo con alguien, ya sea que esté mencionada en este Formulario de inscripción o no?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de parto (Mes, Día, Año) _____		
c. ¿Ha sido consumidor de productos de tabaco en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empleado: Altura ____ Peso _____

Cónyuge/Pareja doméstica: Altura ____ Peso _____

Si ha respondido que “SÍ” a alguna de las preguntas anteriores, llene 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

Medicamento y dosis suministrada: _____

Medicamento 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

Medicamento y dosis suministrada: _____

Medicamento 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 que solicita 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 con empleo permanente por 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 MHCHP/MHHIC.

Afirmo que he leído este formulario y que, aunque MHCHP/MHHIC lo apruebe, si se detecta cualquier falsificación intencional de hechos relevantes que no esté relacionada con el estado de salud, relativos a mí, mi cónyuge/pareja doméstica, según corresponda, puede resultar en la denegación de futuras reclamaciones o en la rescisión o reevaluación retroactiva 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 doméstica bajo el Plan de Grupo.

Acuerdo de arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHCHP/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 Recursos, 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 resida. Los inscritos en HMO tienen derecho a emprender acciones legales y no se les puede obligar a aceptar un arbitraje vinculante obligatorio, ya que el arbitraje es voluntario. 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 de ERISA.

Este formulario ha sido llenado por otra persona. Yo, el inscrito, 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, y que si hubiese completado este formulario de mi puño y letra en la fecha actual, la información proporcionada no habría cambiado.

He llenado este formulario. Aseguro a MHCHP/MHHIC que he leído toda la información proporcionada como respuesta a las preguntas en este formulario y afirmo 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 (Obligatorio) x	FECHA ACTUAL (Obligatorio)	FIRMA DEL CÓNYUGE DEL EMPLEADO/ PAREJA DOMÉSTICA (Si solicita cobertura) x	FECHA ACTUAL (Obligatorio)
--	-------------------------------	--	-------------------------------

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 Commercial Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company. Los logos de Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. y Memorial Hermann Health Insurance Company son una marca registrada de Memorial Hermann Health System.