

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO/CANCELACIÓN DE GRUPO Iowa/Nebraska

Instrucciones:

IMPORTANTE: LEER ANTES DE COMPLETAR.

Lea y complete su formulario de inscripción/cambio/cancelación meticulosamente para asegurar un procesamiento exacto.

- Si **renuncia a la cobertura médica**, complete las secciones A y D.
- Para inscritos nuevos, envíe este formulario de inscripción/cambio/cancelación completado a su empleador.
- Si ya está inscrito y solo desea agregar un dependiente a su contrato existente, incluya su nombre en la sección A y la información del dependiente en todas las demás secciones.

Sus derechos especiales de inscripción según la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Si renuncia a su inscripción o a la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal, usted y sus dependientes pueden inscribirse en este plan en caso de perder la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de realizar las contribuciones correspondientes a la otra cobertura). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de realizar las contribuciones correspondientes a la otra cobertura).

Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, usted y sus dependientes pueden inscribirse. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, la adopción o la colocación en adopción.

Si usted o sus dependientes perdieron la cobertura de Medicaid o de un plan estatal de seguro de salud para niños (State Children's Health Insurance Plan, SCHIP), es posible que usted o sus dependientes se inscriban en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la otra cobertura.

Además, si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia premium del plan de salud grupal proporcionada por Medicaid o el programa SCHIP, es posible que usted o sus dependientes se inscriban en este plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determine que usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia premium.

Es posible que tenga derechos de inscripción adicionales según la ley estatal vigente.

Visítenos en **Medica.com**.

ENTREGA DE DOCUMENTOS DEL PLAN

Una vez inscrito, los documentos de su póliza, incluido su Certificado de Cobertura, estarán disponibles en su Portal para miembros en **Medica.com/SignIn**. Si prefiere una copia impresa, llámenos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Medica y le enviaremos por correo postal un documento impreso sin cargo.

Le enviaremos por correo postal su Explicación de Beneficios, a menos que solicite la entrega electrónica en el Portal para miembros en **Medica.com/SignIn**. Puede retirar su consentimiento para la entrega electrónica de su Explicación de Beneficios en cualquier momento. Llame a Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Medica para obtener ayuda o inicie sesión en el Portal para miembros. Para solicitar una copia impresa gratuita, llámenos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Medica.

Formulario de inscripción/cambio/cancelación de grupo



Escriba en imprenta o a máquina en letra clara.

Número del grupo:

SECCIÓN

A INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

! Si cambió el nombre o la dirección, ingrese la nueva información ¿Ha sido miembro de Medica con anterioridad?
 Sí No

Nombre (nombre legal) ⁴	Inicial del segundo nombre ⁴	Apellido ⁴	Número de Seguro Social ¹	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a
------------------------------------	---	-----------------------	--------------------------------------	---

Actualización	Dirección (debe ser una dirección física, no un apartado de correo) ⁵			
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar	Calle			
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Información de contacto ⁶		
Teléfono celular/del domicilio	Teléfono del trabajo	Correo electrónico

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	¿Usted o alguno de sus dependientes habla algún idioma además de inglés como primera lengua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Sí", anote el nombre y el idioma:
---	--------------------------------	---

SECCIÓN

B INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

! Enumere todos los miembros que recibirán cobertura. Escriba el nombre como aparece en la tarjeta del Seguro Social.

Marque la casilla correcta	Nombre ⁴ Inicial del segundo nombre ⁴ Apellido ⁴	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Parentesco ²	¿Es estudiante de tiempo completo? ³
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar	NSS del dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	NSS				
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar	NSS del dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	NSS				
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar	NSS del dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	NSS				
<input type="checkbox"/> Inscribirse <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> Cambiar	NSS del dependiente	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	NSS				

- Importante:**
- Se requiere su número de Seguro Social (NSS) para informar su estado de cobertura al gobierno federal. El Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) le exige a Medica reportar esta información. Si elige no proporcionar su NSS, es probable que el IRS se ponga en contacto con usted o con Medica a fin de pedirle que verifique su NSS si fuera necesario para fines relacionados con el formulario impositivo 1094/1095.
 - Para dependientes adoptados o por mandato judicial, se debe adjuntar documentación legal.
 - Medica no administra la verificación de estado del estudiante; sin embargo, su empleador puede solicitar esta información para sus registros.
 - Proporcione el nombre de cada solicitante como figura en su tarjeta del Seguro Social, si tienen una tarjeta del Seguro Social.
 - Asegúrese de que su dirección esté completa, para que pueda recibir correos importantes, incluidos su tarjeta de identificación de Medica y su kit de bienvenida.
 - Los números de teléfono son importantes para la difusión de una variedad de programas que ayudan a asistir a nuestros miembros.

SECCIÓN **C SELECCIÓN DEL PRODUCTO**

Plan médico: si su empleador le ofrece opciones de planes médicos, escriba su selección de plan médico a continuación:

SECCIÓN **D RENUNCIA DE COBERTURA MÉDICA**

! Se debe completar toda esta sección si usted o sus dependientes **NO** desean la cobertura.

1. Entiendo que soy elegible para cobertura a través de mi empleador. NO deseo cobertura para:

Mis dependientes y para mí Mi cónyuge Mis dependientes solamente

2. El motivo por el cual rechazo la cobertura en este momento es debido a que yo o mis dependientes tenemos cobertura a través de:

Plan grupal del cónyuge Póliza individual Otro:
 Medicare Continuación de cobertura grupal (COBRA)
 Asistencia médica

Firma del empleado: **X** Fecha en que se firmó:

! Firme solamente si renuncia a la cobertura

SECCIÓN **E COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

! Si no completa esta sección, puede producirse un retraso en el procesamiento de sus reclamaciones.

1. Mientras cuente con la cobertura en virtud de esta póliza, ¿usted o sus familiares cubiertos por este plan tienen otro seguro médico o cobertura médica? Sí No

Si su respuesta es "Sí", debe llenar en forma completa la siguiente sección. Comenzando con el empleado, enumere cada familiar que solicita la cobertura e incluya la información de todas las coberturas anteriores en vigencia. Si su cobertura todavía se encuentra en vigencia, escriba "actual" o "presente" en el campo correspondiente a la fecha de finalización.

Fecha de cobertura	Nombre de la compañía de seguros	Nombres de todos los miembros cubiertos (utilice papel adicional según sea necesario)
Inicio: Final:		
Inicio: Final:		
Inicio: Final:		
Inicio: Final:		
Inicio: Final:		

SECCIÓN **F INFORMACIÓN DE MEDICARE**

1. ¿Tiene usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes cobertura de Medicare? Sí No

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Información de Medicare sobre el empleado	Información de Medicare sobre el cónyuge/dependiente
Nombre:	Nombre:
Parte A: <input type="checkbox"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: __/__/__)	Parte A: <input type="checkbox"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: __/__/__)
Parte B: <input type="checkbox"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: __/__/__)	Parte B: <input type="checkbox"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: __/__/__)
Parte D: <input type="checkbox"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: __/__/__)	Parte D: <input type="checkbox"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: __/__/__)
Motivo de la elegibilidad para Medicare:	Motivo de la elegibilidad para Medicare:
<input type="checkbox"/> Más de 65 años <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a, pero en actividad laboral	<input type="checkbox"/> Más de 65 años <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a, pero en actividad laboral

SECCIÓN **G AUTORIZACIÓN Y REPRESENTACIÓN DEL EMPLEADO**

Lea esta sección, firme y coloque la fecha en el formulario.

En nombre mío y de cualquier persona inscrita o agregada a este formulario (“Nosotros”), autorizo a un hospital, una clínica, una institución, un médico, una compañía de seguros, un empleador u otra persona a entregar a Medica o a cualquiera de sus designados todos los registros o la información relativos a nuestras historias médicas o a los servicios que nos hayan prestado a Nosotros. Entiendo que esta información se utilizará para suscripción, clasificación de riesgos, inscripción o elegibilidad de beneficios. Entiendo que, en determinadas circunstancias, Medica puede divulgar la información recopilada a terceros sin autorización y que las personas inscritas o agregadas a este formulario tienen derecho a ver y corregir su información personal según la ley vigente. Entiendo que tengo derecho a revisar la Notificación de privacidad de Medica antes de firmar este formulario y de solicitar una copia en cualquier momento. Autorizo en nombre de Nosotros el uso del número de Seguro Social con el propósito de identificación. La información proporcionada en este formulario es precisa y completa, a mi leal saber y entender. Entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier omisión o declaración incorrecta realizada intencionalmente por Nosotros en este formulario puede invalidar mi cobertura o la de mis dependientes. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a Medica. Si revoco la autorización, eso no afectará las medidas tomadas por Medica con anterioridad a la recepción de la revocación por parte de Medica. A menos que se revoque, esta autorización permanecerá vigente hasta la finalización de nuestra cobertura. Si me niego a firmar esta autorización, mi elegibilidad e inscripción en los beneficios y la de mis dependientes se verá afectada. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario de autorización completado. La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización permanecerá sujeta a las normas de privacidad de Medica.

Esta autorización no se extiende a las exoneraciones relacionadas con el rendimiento o los resultados de análisis para determinar la presencia de anticuerpos del VIH u otros patógenos transmitidos por la sangre realizados en (1) un delincuente o una víctima de un delito, como resultado de un delito denunciado a la policía; (2) un paciente que recibió servicios de emergencia por parte del personal del servicio médico en un hospital o centro de atención médica; o (3) el personal de servicios médicos de emergencia que se sometió a análisis luego de prestar servicios médicos de emergencia.

Entiendo que este plan no incluye cobertura para el beneficio de salud esencial de odontología pediátrica y que se puede adquirir la cobertura para estos servicios como un plan independiente a través del mercado de seguros.

Entiendo que proporcionar información falsa o la omisión de información relevante en este formulario puede conducir a la denegación de reclamaciones, a la cancelación o a la finalización retroactiva de la cobertura.

Firma del empleado: X _____ Fecha en que se firmó: _____

H PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

ATENCIÓN, REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR:
Para garantizar un procesamiento preciso de la solicitud

1. Revise todas las secciones y confirme que el empleado haya completado la información correspondiente.
2. Complete la sección 1 y la sección 2 a, b, c o d en función del tipo de transacción.
3. Proporcione su aprobación y firma en la sección 3.

1: Información del grupo

Nombre del empleador	Número del grupo
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Fecha de jubilación: ____/____/____	Número de departamento

2: Acción de inscripción solicitada
a. Nuevas inscripciones/adiciones

Fecha de contratación (requerida) ____/____/____	Fecha solicitada de entrada en vigencia: ____/____/____
Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuevo grupo <input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Inscripción especial <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Matrimonio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Nacimiento <input type="checkbox"/> Dependiente por mandato judicial (adjuntar documentación) <input type="checkbox"/> Adopción/colocación en adopción (adjuntar documentación) <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura ____/____/____ <input type="checkbox"/> Pérdida de SCHIP/Medicaid* ____/____/____ (*Fecha de finalización de la pérdida de cobertura) <input type="checkbox"/> SCHIP/asistencia premium de Medicaid** ____/____/____ (**Fecha elegible para la asistencia premium) <input type="checkbox"/> Participante tardío (Grupo grande exclusivamente) <input type="checkbox"/> Ley de Comercio de 2009 ____/____/____ <input type="checkbox"/> Otro (describa): 	

b. Cambios

Fecha de contratación (requerida) ____/____/____	Fecha solicitada de entrada en vigencia: ____/____/____
Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Regreso de licencia/despido <input type="checkbox"/> Cambio de estado (tiempo parcial/tiempo completo) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Otro (describa): 	

c. COBRA/continuación

Fecha de inicio: ____/____/____

Evento elegible:
Elegible en virtud de la Ley de Comercio: Sí No

Si recibe COBRA/Continuación debido a divorcio, identifique la relación con el empleado:
Nombre del empleado:
NSS del empleado:

d. Cancelaciones

Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cancelar toda la cobertura <input type="checkbox"/> Cancelar los dependientes enumerados en la sección B 	Motivo (marque uno): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Despido del empleado <input type="checkbox"/> Elegible para Medicare <input type="checkbox"/> Finalización de COBRA <input type="checkbox"/> El dependiente alcanzó la edad máxima de estudiante/dependiente <input type="checkbox"/> Otro (describa): <input type="checkbox"/> Se mudó fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Divorcio
Última fecha de empleo: ____/____/____	
Fecha solicitada de entrada en vigencia de la cancelación: ____/____/____	

3: Firma y aprobación del empleador

Aprobado por (firma): X _____	Fecha en que se firmó: _____
Nombre en imprenta:	Puesto:
	Teléfono:

Discrimination is Against the Law

Medica complies with applicable Federal civil rights laws and will not discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Medica:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: TTY communication and written information in other formats (large print, audio, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as: Qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, call the number included in this document or on the back of your Medica ID card. If you believe that Medica has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Mail Route CP250, PO Box 9310, Minneapolis, MN 55443-9310, 952-992-3422 (phone/fax), TTY 711, civilrightscoordinator@medica.com.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. You may also contact the Civil Rights Coordinator if you need assistance with filing a complaint.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

If you want free help translating this document, call 1-800-952-3455.

Si desea recibir asistencia gratuita para la traducción de este documento, llame al 1-800-952-3455.

Yog koj xav tau kev pab dawb txhais daim ntauw no, hu rau 1-800-952-3455.

如果您需要我們免費幫您翻譯此文件，請致電 1-800-952-3455。

Nếu quý vị muốn giúp dịch tài liệu này miễn phí, gọi 1-800-952-3455.

Sanadnikun kaffaltiimaleeakkaisiniifhiikamuyoobarbaadd-an 1-800-952-3455 tiinbilbilaa.

إذا كنت ترغب في مساعدة مجانية لترجمة هذا المستند، فاتصل على الرقم 1-800-952-3455.

Если вы хотите получить бесплатную помощь в переводе этого документа, позвоните по телефону 1-800-952-3455.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີໃນການແປເອກະສານນີ້, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-952-3455.

이 문서를 번역하는 데 무료로 도움을 받고 싶으시면 1-800-952-3455로 전화하십시오.

Si vous désirez obtenir gratuitement de l'aide pour traduire ce document, appelez le 1 800 952 3455.

နမ့်လိၣ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤလၢတၢ်ကွဲးကျိၣ်ထံလံာ်အံၤအသိၤ,ကိး 1-800-952-3455.

Kung nais mo ng libreng tulong sa pagsasalin ng dokumentong ito, tumawag sa 1-800-952-3455.

ይህን ሰነድ ለመተርጎም ነጻ እርዳታ ከፈለጉ በ 1-800-952-3455 ይደውሉ።

Ako želite besplatnu pomoć za prijevod ovog dokumenta, nazovite 1-800-952-3455.

T'áá jiik'é díí naaltsoos t'áá nizaadk'ehjí bee shí ká'adoowoł ninízingo kojí' hodílnih, 1-800-952-3455.

Wenn Sie kostenlose Hilfe zur Übersetzung dieses Dokuments wünschen, rufen Sie 1-800-952-3455 an.

COMIFB-0119-K