

Formulario de inscripción/cambio/cancelación (planes con número de grupo de 6 dígitos)

Minnesota/Dakota del Norte/Dakota del Sur/Wisconsin



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.

Los empleadores deben enviar todos los formularios completados a:

Medica
PO Box 30772
Salt Lake City, UT 84130-0772

O por fax al: 1-844-280-3838

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), usted o sus dependientes pueden inscribirse 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, usted o sus dependientes pueden inscribirse 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. Para obtener más información o solicitar inscripción especial, comuníquese con el Servicio al Cliente de Medica al 952-945-8000 o al 1-800-952-3455 (TTY: 711).

Visítenos en medica.com.

Formulario de inscripción/cambio/cancelación

(Planes con número de grupo de 6 dígitos)

Escriba en imprenta o a máquina en letra clara.

Número de póliza:

A INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

 Si cambió el nombre o la dirección, ingrese la nueva información.

¿Ha sido miembro de Medica con anterioridad? Sí No

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

Dirección postal

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Información de contacto⁶

Teléfono celular/del domicilio

Teléfono del trabajo

Correo electrónico

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aa)

¿Usted o alguno de sus dependientes habla algún idioma además de inglés como primera lengua? Sí No

Si su respuesta es "Sí", anote el nombre y el idioma:

B INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

 Enumere todos los miembros que recibirán cobertura. Escriba el nombre como debería aparecer en la tarjeta de identificación.

Marque la casilla correcta	Nombre ⁴ Inicial del segundo nombre ⁴ Apellido ⁴	NSS del dependiente ¹	Sexo	Altura	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	¿Es estudiante de tiempo completo? ³	Requerido para Medica Elect
				Peso	Parentesco ²		
1 <input type="radio"/> Inscribirse <input type="radio"/> Cancelar <input type="radio"/> Cambiar			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	__ ft __ in		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la PCC:
	NSS			__ lb			Identificación de la PCC:
2 <input type="radio"/> Inscribirse <input type="radio"/> Cancelar <input type="radio"/> Cambiar			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	__ ft __ in		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la PCC:
	NSS			__ lb			Identificación de la PCC:
3 <input type="radio"/> Inscribirse <input type="radio"/> Cancelar <input type="radio"/> Cambiar			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	__ ft __ in		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la PCC:
	NSS			__ lb			Identificación de la PCC:
4 <input type="radio"/> Inscribirse <input type="radio"/> Cancelar <input type="radio"/> Cambiar			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	__ ft __ in		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre de la PCC:
	NSS			__ lb			Identificación de la PCC:

	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Identificación de la póliza	Fecha de cobertura	
				Inicio	Final
1					
2					
3					
4					
5					

F INFORMACIÓN DE MEDICARE	
<p>¿Tiene usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes cobertura de Medicare? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:</p>	
<p>Información de Medicare sobre el empleado</p> <p>Parte A: <input type="radio"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: ___/___/___)</p> <p>Parte B: <input type="radio"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: ___/___/___)</p> <p>Parte D: <input type="radio"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: ___/___/___)</p> <p>Motivo de la elegibilidad para Medicare</p> <p><input type="radio"/> Mayor de 65 años <input type="radio"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="radio"/> Discapacitado/a <input type="radio"/> Discapacitado/a pero en actividad laboral</p>	<p>Información de Medicare sobre el cónyuge/dependiente:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Parte A: <input type="radio"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: ___/___/___)</p> <p>Parte B: <input type="radio"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: ___/___/___)</p> <p>Parte D: <input type="radio"/> Inscrito (Fecha de entrada en vigencia: ___/___/___)</p> <p>Motivo de la elegibilidad para Medicare</p> <p><input type="radio"/> Mayor de 65 años <input type="radio"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="radio"/> Discapacitado/a <input type="radio"/> Discapacitado/a pero en actividad laboral</p>

G AUTORIZACIÓN Y REPRESENTACIÓN DEL EMPLEADO	
<p>Lea esta sección, firme y coloque la fecha en el formulario.</p> <p>En nombre mío y de cualquier persona inscrita o agregada a este formulario ("Nosotros"), autorizo a un hospital, clínica, institución, médico, compañía de seguros, empleador u otra persona a entregar a Medica o a otros designados todos los registros de información relativos a servicios o historias médicas creados por 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. 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.</p> <p>Para residentes de Dakota del Norte y de Dakota del Sur: Con el fin de facilitar la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a Medica obtener información sobre Nosotros durante 24 meses a partir de la fecha de la firma.</p> <p>Para residentes de Minnesota: Con el fin de facilitar la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a Medica obtener información sobre Nosotros a partir de la fecha de la firma hasta la finalización de nuestra cobertura.</p> <p>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.</p> <p>Para residentes de Wisconsin: Con el fin de facilitar la inscripción, a menos que sea revocada, esta autorización permite a Medica obtener información sobre Nosotros durante 30 meses a partir de la fecha de la firma.</p> <p>Entiendo que este plan no incluye cobertura para el beneficio de salud esencial de odontología pediátrica y que se puede comprar la cobertura para estos servicios como plan independiente a través del mercado de seguros.</p> <p>Entiendo que proporcionar información falsa o la omisión de información relevante en este formulario puede conducir a la denegación de reclamaciones, o bien a la cancelación o a la finalización retroactiva de la cobertura.</p>	
<p>! Firma del empleado: X _____</p>	<p>Fecha en que se firmó: _____</p>

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 de la póliza

Nombre del empleador	Número de póliza
<input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Por horas <input type="radio"/> Sindicalizado <input type="radio"/> No sindicalizado <input type="radio"/> Activo <input type="radio"/> Fecha de jubilación: ___/___/___	Variación del plan/ Código de reporte: Medica _____/_____

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

Fecha de contratación (requerida) ___/___/___	Fecha solicitada de entrada en vigencia: ___/___/___
--	---

b. Cambios

Fecha de contratación (requerida) ___/___/___	Fecha solicitada de entrada en vigencia: ___/___/___
--	---

Marque una opción:

- Nuevo grupo
- Nueva contratación
- Inscripción especial
 - Matrimonio _____/_____/_____
 - Nacimiento
 - Dependiente por mandato judicial (adjuntar documentación)
 - Adopción/colocación en adopción (adjuntar documentación)
 - Pérdida de cobertura ___/___/___
 - Pérdida de SCHIP/Medicaid* _____/_____/_____ (*Fecha de finalización de la pérdida de cobertura)
 - SCHIP/asistencia premium de Medicaid** ___/___/___ (**Fecha elegible para la asistencia premium)
 - Participante tardío (Grupo grande exclusivamente)
 - Ley de Comercio de 2009 ___/___/___
 - Otro (describa):

Marque una opción:

- Cambio de nombre
- Regreso de licencia/despido
- Cambio de estado (tiempo parcial/tiempo completo) ___/___/___
- Cambio de plan
- Cambio de dirección
- Otro (describa):

c. COBRA/continuación

Fecha de inicio: ___/___/___

Evento elegible:

Ley de Comercio elegible: 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:

- Cancelar toda la cobertura
- Cancelar los dependientes enumerados en la sección B

Última fecha de empleo: ___/___/___

Fecha solicitada de entrada en vigencia de la cancelación: ___/___/___

Motivo (marque uno):

- Despido del empleado Se mudó fuera del área de servicio
- Elegible para Medicare Muerte
- Finalización de COBRA Divorcio
- El dependiente alcanzó la edad máxima de estudiante/dependiente
- Otro (describa):

3: Firma y aprobación del empleador

Aprobado por (firma): X _____ Fecha en que se firmó: _____

Nombre en imprenta:

Puesto:

Teléfono:

El empleador debe enviar todos los formularios completados a: Medica, PO Box 30772, Salt Lake City, UT, 84130-0986 o por fax al 1-844-280-3838

ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR; DEVUELVAN TODAS LAS PÁGINAS A MEDICA

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 ntauv 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.

နမ့်ၤလိၣ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤကလိၣ်လၢတၢ်ကွဲးကျိၣ်ထံလံာ်အံၤအသိၣ်, 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

