


Formulario de selección/cambio de plan de Medica

Minnesota/Dakota del Norte/Dakota del Sur/Wisconsin



Empleador o Administrador del Grupo; envíe los formularios por fax al: 844-280-3838 o envíelos a: Medica, PO Box 30986, Salt Lake City, UT 84130-0986

Nombre del grupo:			
A INFORMACIÓN DEL EMPLEADO			
Nombre (nombre legal)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de seguro social
Número de grupo actual		Nuevo número de grupo	
Fecha de entrada en vigencia del cambio		Firma del empleador	
Dirección (debe ser una dirección física, no un apartado de correo)			
Calle			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
 Identifique su designación de nivel de cobertura para las ofertas de productos elegibles con esta elección de renovación: Beneficios médicos para: <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Todos los familiares			

B SELECCIÓN DE BENEFICIOS

 Marque la selección de beneficios en el espacio que se proporciona a continuación.

<input type="radio"/> Nombre de la opción del plan:			
Proporcione información clínica si se inscribe en Medica Elect, Medica Essential o Medica ACO.			
Nombre	Parentesco	Nombre de la clínica de atención (cuando corresponda)	Número de identificación de la clínica
	Empleado		
	Cónyuge		
	Dependiente		
	Dependiente		
	Dependiente		

Las selecciones de la clínica de atención pueden cambiarse una vez al mes. Todos los cambios recibidos antes del día 20 del mes entrarán en vigencia el día 1 del mes siguiente. Comuníquese con el Servicio al Cliente de Medica al 952-945-8000 o al 1-800-952-3455 para realizar cambios futuros en la clínica de atención.

Nota:

- Todos los nuevos afiliados deben completar un Formulario de inscripción grupal para empleados.
- Todos los miembros activos existentes serán transferidos al nuevo plan grupal designado.
- Entiendo y acepto que no podré cambiar mi selección de plan de beneficios indicada anteriormente hasta la renovación del próximo año, a menos que se haya producido una inscripción especial calificada.

C 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. 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.

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.

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.

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.

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.

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 a través de un plan de odontología pediátrica separado a través de Delta Dental®.

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.

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

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 ntwav 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.

နမူလဝိညာဉ်တော်မူ၍ ကလိလိတော်ကွဲးကျိန်ထံလံာ်အံၤအသိၤ, 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 jiiik'é díí naaltsoos t'áá nizaadk'ehjí bee shí ká'adoowól ninízingo koji' hodílnih, 1-800-952-3455.

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

COMIFB-0119-K

