

Información del empleador		
Empleador:	Subgrupo/Departamento:	Número de grupo:

Sección A: Tipo de acción		
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción o evento que califica:	<input type="checkbox"/> Renuncia a la cobertura <i>(complete la Sección A, firme y fecha)</i>	<input type="checkbox"/> Terminar la cobertura
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta/nueva	<input type="checkbox"/> Nueva contratación	Fecha:
<input type="checkbox"/> Evento que califica	<input type="checkbox"/> Recién nacido	Motivo:
Fecha del evento:	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Otro empleador: _____
	<input type="checkbox"/> Orden del tribunal	<input type="checkbox"/> Selección de no cobertura
Plan Presbyterian seleccionado si más de un plan es ofrecido por el empleador: _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Dos partes <input type="checkbox"/> EE + hijo(s) <input type="checkbox"/> Familiar		
¿Se ha elegido la cobertura de seguro dental?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si contestó afirmativamente, se inscribirán a todos los familiares en el plan que haya elegido el empleador)		

Sección B: Información del empleado					
Apellido del empleado:	Primer nombre y segundo nombre del empleado:	Fecha de nacimiento:	N.º de teléfono:		N.º de Seguro Social:
			Semana: ()		
			Hogar/Celular: ()		
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección de correo electrónico:
Estado del empleo:	Fecha de contratación:	Ocupación:	Sexo:	Etnia (opcional):	Otro idioma/Necesidades por discapacidad:
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo Horas por semana: _____					

Sección C: Información de dependientes								
Tipo de Dep.:	Apellido:	Primer nombre y segundo nombre:	N.º de Seguro Social	Sexo	Fecha de nacimiento:	Fecha de entrada en vigencia:	Atención primaria:	¿Orden del tribunal?
Cónyuge								
Hijo								
Hijo								
Hijo								

Sección D: Otros beneficios médicos para coordinación (si aplica)			
Nombre(s) de miembro de la familia:	<input type="checkbox"/> Seguro privado: _____	<input type="checkbox"/> N.º. de Medicare: _____	<input type="checkbox"/> No aplica

Sección E: Consentimiento/Firmas	
Usted debe leer el dorso de esta solicitud. Al firmar esta solicitud, usted acepta haber leído todas las páginas y acepta que toda la información es correcta y que tiene autoridad para actuar en nombre de y obliga completamente a todos los dependientes con respecto a cada disposición del Acuerdo del Suscriptor de Grupo.	
Firma del empleado:	Fecha de la firma:

Por favor, lea detenidamente

Deducción de la nómina

POR LA PRESENTE, AUTORIZO a mi empleador a deducir de mi cheque de pago cualquier contribución requerida para beneficios de grupo para los cuales soy elegible.

Divulgación de información de salud protegida

POR LA PRESENTE, DOY MI CONSENTIMIENTO, en la medida permitida por la ley aplicable, al uso o divulgación de mi Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) por parte de cualquier persona o

entidad, incluidos, entre otros; profesionales médicos, proveedores, y compañías de seguro a Presbyterian Health Plan, Inc. o Presbyterian Insurance Company, Inc. (Presbyterian) o sus designados para cualquier propósito permitido, que incluye pero no se limita a; aseguramiento de la calidad, revisión de utilización, procesamiento de reclamos, auditorías financieras u otros propósitos relacionados con el tratamiento, pago o actividades de operaciones de atención médica de Presbyterian. Este consentimiento no permitirá el uso de la PHI cuando una autorización sea requerida por la ley.

Para una descripción completa de las prácticas de privacidad de Presbyterian con relación a datos y comunicación oral, escrita y electrónica, visite nuestro sitio web en www.phs.org/Pages/privacy-security.aspx o llame a Servicio al Cliente al (505) 923-5678.

Acuerdo del Suscriptor de Grupo/Descripción Resumida del Plan/Certificado de Seguro

Entiendo que puedo acceder a mi Acuerdo del Suscriptor de Grupo, Descripción Resumida del Plan o Certificado de Seguro, que contiene los

beneficios cubiertos, servicios de gestión de utilización, limitaciones y exclusiones aplicables a mi plan de atención médica, en www.phs.org/formsanddocuments. Entiendo que un representante de Presbyterian o mi oficina de personal explicarán además la cobertura para la cual soy elegible luego de mi solicitud. Entiendo que mi cobertura de atención médica está sujeta a las fechas de elegibilidad especificadas por mi empleador y Presbyterian. Seré financieramente responsable de cualquier tratamiento recibido fuera de las fechas. Entiendo que acataré las disposiciones de la cobertura en el Convenio del Suscriptor de Grupo, Descripción Resumida del Plan o Certificado de Seguro bajo el cual esté inscrito. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi empleador de cualquier cambio en la elegibilidad de mis dependientes dentro de 31 días o como se especifique en la Carta del Acuerdo de Grupo. Las exclusiones, limitaciones, derechos y responsabilidades pueden ser revisados en el Acuerdo del Suscriptor de Grupo. Llame al 1-866-869-7737 para solicitar una copia de este acuerdo.

Renuncia a la cobertura de salud

Entiendo que, al rechazar la cobertura de Presbyterian para mí mismo (y mi familia, si aplica), a través de mi empleador:

1. Puedo no elegir o inscribirme en esta cobertura hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, a menos que experimente una pérdida involuntaria de cobertura o adquiera un nuevo dependiente.
2. Puedo, en el futuro, bajo ciertas circunstancias, inscribirme a mí mismo (y mi familia, si aplica) en el plan siempre que solicite la inscripción dentro de 31 días después de que termine la otra cobertura.
3. Además, si adquiero un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedo inscribirme a mí mismo y a mis dependientes, a condición de que solicite la inscripción dentro del plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Instrucciones de inscripción

Complete todas las secciones que aplican del Formulario de Acción del Empleado (formulario de inscripción). Firme y feche el formulario y devuélvalo al administrador de beneficios de su empleador. El administrador de beneficios escribirá su fecha de entrada en vigencia. La fecha de entrada en vigencia es la fecha en que comienza su cobertura bajo Presbyterian. Cualquier servicio proporcionado antes de esta fecha no será cubierto por Presbyterian.

Dental pediátrico

Esta póliza no incluye los servicios dentales pediátricos como lo exige la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Esta cobertura está disponible en el mercado de seguros y se puede comprar como un producto independiente. Comuníquese con su asegurador, agente o el Intercambio de Seguro de Salud de Nuevo México (<http://www.nmhix.com>), si desea comprar cobertura dental pediátrica o un producto de seguro dental independiente.

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTA UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA PAGO DE UNA PÉRDIDA DE BENEFICIOS O A SABIENDAS PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN CRIMEN Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.