

NÚMERO DE GRUPO

(Si hay grupo de MHHP)



Memorial Hermann Health Plan, Inc.
 Memorial Hermann Health Solutions, Inc.
 Memorial Hermann Health Insurance Company
 Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc.

INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Memorial Hermann Health Solutions, Inc. ("MHHSI")

Cobertura de seguro médico administrada por Memorial Hermann Health Solutions, Inc.

1. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

<input type="checkbox"/> Nueva inscripción grupal	<input type="checkbox"/> Nueva contratación	<input type="checkbox"/> Cambio de dirección	<input type="checkbox"/> Añadir/eliminar dependiente	Si está añadiendo al cónyuge, indique la fecha del matrimonio: _____
<input type="checkbox"/> Inscripción abierta inicial	<input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Cambio de cobertura	<input type="checkbox"/> Reinscripción	
<input type="checkbox"/> COBRA	Fecha de entrada en vigor de COBRA: _____	Fecha original de entrada en vigor: _____	Motivo para COBRA: _____	

2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE CONTRATACIÓN DE TIEMPO COMPLETO	TELÉFONO DE CASA
DIRECCIÓN		APT. NO.	IDIOMA PRINCIPAL	TELÉFONO MÓVIL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)			¿ESTÁ CASADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TELÉFONO DEL TRABAJO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DE SOLTERA DEL EMPLEADO/CÓNYUGE	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN/CARGO		<input type="checkbox"/> Marque si quiere que se le envíe el material del Plan electrónicamente.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

**** Tiene el derecho de revocar su consentimiento para las comunicaciones electrónicas y pedir copias impresas en cualquier momento. Para revocar su consentimiento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al (855) 645-8448.**

3. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE Y PAREJA DOMÉSTICA

Escriba su información y solo la de los dependientes elegibles que están solicitando la cobertura. Un "dependiente" elegible es el cónyuge legítimo del empleado reconocido según la ley de Texas, o pareja doméstica; hijos o hijastros menores de 26 años; hijos con orden de manutención médica; hijos adoptivos menores de 26 años, incluyendo un hijo del empleado elegible que sea parte en un proceso de adopción o puesto en adopción; nietos solteros menores de 26 años que sean dependientes para fines del impuesto federal sobre ingresos en el momento de completar este formulario de inscripción, o dependientes discapacitados mayores de 26 años que estén discapacitados médicamente y sean dependientes del padre/madre.

♦ La recopilación de los datos relacionados con raza, origen étnico, sexo, idioma principal y estado de discapacidad es con el propósito de identificar las disparidades raciales y étnicas; entender las causas y correlaciones, y monitorear el progreso para reducirlas.

♦ Raza/ origen étnico (opcional):		01: Blanco 02: Negro/afroamericano		03: Indio americano/nativo de Alaska		04: Asiático		05: Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico		06: Otra raza 07: Dos o más orígenes étnico:		08: Prefiero no responder		09: Origen étnico desconocido	
Relación	Sexo	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	¿Consumidor de tabaco*?	¿Es discapacitado?	¿Discapacidad que afecta la capacidad de comunicarse o leer?	Raza / origen étnico	N.º de Seguro Social **	Nombre y número de identificación del PCP (únicamente 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							
Dirección (si es diferente a la del empleado):								Teléfono móvil:		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico:				
Dependiente 1	<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							
Dirección (si es diferente a la del empleado):								Teléfono móvil (mayor de 18 años):		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico (mayores de 18 años):				
Dependiente 2	<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							
Dirección (si es diferente a la del empleado):								Teléfono móvil (mayor de 18 años):		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico (mayores de 18 años):				
Dependiente 3	<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							
Dirección (si es diferente a la del empleado):								Teléfono móvil (mayor de 18 años):		<input type="checkbox"/> Acepta mensajes de texto	Correo electrónico (mayores de 18 años):				

*Marque Sí si usted o el dependiente consumen o han consumido tabaco un promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses, excluyendo usos religiosos o ceremoniales.

**Si no proporciona el número de Seguro Social de algún hijo dependiente (hasta 18 años), es necesario completar el Formulario de declaración del Seguro Social.

Según corresponda, la afiliada puede seleccionar a un obstetra o ginecólogo dentro de la red, además del PCP, como está establecido en el Código de Seguros de Texas, Capítulo 1451, Subcapítulo F. La afiliada puede designar aquí la selección:

Nombre de la afiliada:	Nombre y dirección del proveedor:

La afiliada no está obligada a elegir a un obstetra o ginecólogo, sino puede recibir los servicios obstétricos o ginecológicos de su médico de atención primaria o del proveedor de atención primaria.

4. COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Nombre del plan de HMO:	Nombre del plan de PPO:
-------------------------	-------------------------

5. DECLINACIÓN DE LA COBERTURA

Debe completarse si el empleado elegible o sus familiares elegibles declinan o rechazan cualquier cobertura.

Declinando la cobertura de seguro médico (Marque todas las casillas correspondientes para cada persona).	Cubierto por la cobertura grupal del cónyuge/pareja doméstica	Cubierto por póliza de seguro individual	Cubierto por Medicare	Cubierto por TRICARE	Cubierto por Medicaid/CHIP	Sin cobertura médica actual
Empleado (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros	Identificación del miembro					
Cónyuge/pareja doméstica (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros	Identificación del miembro					
Dependiente (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros	Identificación del miembro					
Dependiente (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros	Identificación del miembro					
Dependiente (nombre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de seguros	Identificación del miembro					
Otro motivo para declinar (explicar)	Identificación del miembro					

Reconozco que el Grupo me explicó la cobertura disponible y sé que tengo el derecho de inscribirme en la cobertura. Me dieron la oportunidad de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme ni inscribir a mis dependientes, si los hubiera. He tomado esta decisión voluntariamente y nadie influyó en mí ni me presionó para declinar la cobertura. Con mi declinación de esta cobertura de seguro médico grupal (a menos que el empleado o los dependientes tengan otra cobertura de seguro médico grupal*), reconozco que si quiero inscribirme después, mis dependientes y yo tendremos que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta anual del Grupo.

X _____
Firmar si se está declinando la cobertura del empleado/dependientes

Fecha (mes/día/año)

* Si está declinando la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge/pareja doméstica) debido a otra cobertura de seguro médico, puede inscribirse en este plan usted y sus dependientes si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días después de la fecha en que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o en el plazo de 31 días después de la fecha en que el empleador deje de contribuir para la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o parte en proceso de adopción, o recibe una orden de manutención médica para un menor (un "evento que lo hace calificar"), en ese momento pueden inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días después del evento que lo haga calificar.

6. OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PARA TODOS LOS EMPLEADOS Y DEPENDIENTES QUE ESTÁN INSCRIBIÉNDOSE

(Responda todas las preguntas).

¿Tiene alguna de las personas mencionadas en este formulario de inscripción la intención de continuar con otra cobertura si se acepta esta inscripción? Si es así, complete la información de abajo. Sí No

Nombre	Compañía de seguros	N.º de póliza	Identificación del miembro	Fecha de entrada en vigor	Fecha de terminación

AUTORIZACIÓN/DECLARACIÓN DE REVELACIÓN (La siguiente autorización debe firmarla cada empleado que esté solicitando la cobertura).

Acepto: Toda la información en este formulario es correcta y verdadera. Entiendo que es la base para extender la cobertura según este plan. Además autorizo al Grupo a deducir mi aportación, si la hubiera, de mis ingresos para el costo de este plan. Certifico que estoy trabajando en el lugar de la empresa del Grupo en empleo permanente por un mínimo de 30 horas por semana.

Entiendo que mi solicitud del Grupo determinará la cobertura y que no hay cobertura a menos y hasta que mi formulario de inscripción y las solicitudes del Grupo las hayan aceptado y aprobado MHHSI.

Yo declaro que he leído esto y que aun si MHHSI lo aprueba, cualquier declaración falsa deliberada de un dato importante que no sean declaraciones falsas relacionadas con mi estado médico o el de mi cónyuge/pareja doméstica, según corresponda, puede tener como consecuencia que se denieguen futuros reclamos, o que mi cobertura o la de mi cónyuge/pareja doméstica en el plan del Grupo se rescinda o se evalúe nuevamente de manera retroactiva a mi fecha de entrada en vigor para fines de elegibilidad y calificación.

Acuerdo de arbitraje: Entiendo que cualquier disputa entre MHHSI y yo puede estar sujeta a arbitraje. El arbitraje se hará según las reglas comerciales aplicables del Código de Prácticas y Recursos Civiles de Texas, Capítulo 171. El arbitraje será vinculante únicamente si ambas partes lo acuerdan y el arbitraje se hace en el condado donde reside el titular del plan de cobertura o, si corresponde, el beneficiario. Los afiliados tienen el derecho de emprender acciones legales y no se les puede exigir que acepten el arbitraje obligatorio vinculante puesto que el arbitraje es voluntario. Firmando esta solicitud, no estoy aceptando el arbitraje vinculante. Si me estoy inscribiendo en un plan del Grupo patrocinado que está sujeto a ERISA, entiendo que cualquier disputa que incluya una decisión de beneficios adversa se puede presentar para arbitraje vinculante voluntario únicamente después de que se haya completado el proceso de apelaciones de ERISA.

Esto lo completó otra persona. Yo, el afiliado, declaro que he leído toda la información dada como respuestas en esto y declaro y aseguro a MHHSI que dicha información es verdadera, completa y precisa a la fecha actual y, si hubiera completado esto por mi cuenta, la información dada en el formulario de inscripción sería la misma.

Yo completé este formulario. Declaro a MHHSI que he leído toda la información dada como respuestas en respuesta a las preguntas sobre esto y declaro ante MHHSI que dicha información es verdadera, completa y precisa a la fecha actual.

Reconozco que he leído y entiendo esto en su totalidad.

FIRMA DEL EMPLEADO (obligatoria)	FECHA DE HOY (obligatorio)
X	

FIRMA DEL CÓNYPUGE/PAREJA DOMÉSTICA (Si está solicitando la cobertura)	FECHA DE HOY (obligatorio)
X	

**Los formularios de inscripción incompletos se le devolverán por correo para que los complete.
Esto puede demorar la fecha de entrada en vigor de su cobertura.**

La cobertura del plan médico la administra Memorial Hermann Health Solutions, Inc. El logotipo de Memorial Hermann Health Solutions, Inc. es una marca comercial registrada de Memorial Hermann Health System.