

Formulario de cambios para los asegurados

Planes individuales y de familia

PÓNGASE EN

- En línea: www.mynmhc.org

CONTACTO CON

- Por teléfono: Llame a la división de ventas, 1-866-668-9002, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde

NOSOTROS:

ENVÍELO A:

- Por fax: 1-719-589-4901
- Por correo postal: New Mexico Health Connections, P.O. Box 30707, Albuquerque, NM87190
- Por correo electrónico: enroll@mynmhc.org
- **Para prevenir demoras en el procesamiento, favor de escribir legiblemente.**

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO PRINCIPAL

Apellido:	Nombre:	
Número de seguro social:	Número de identificación del asegurado:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:
Número de teléfono:	Correo electrónico:	

SELECCIÓN DEL PLAN: Solo para el período de inscripción abierta

Fecha que se solicita para que entre en vigor la cobertura de seguro: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
Todos los familiares cuyos nombres se enumeran en esta solicitud se inscribirán en el mismo plan.

Care Connect Gold HMO	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold Essential
Care Connect Silver HMO	<input type="checkbox"/> Silver Plus	<input type="checkbox"/> Silver HDHP
Care Connect Bronze HMO	<input type="checkbox"/> Bronze Plus	<input type="checkbox"/> Bronze Essential <input type="checkbox"/> Bronze HDHP
Catastrophic Plan HMO	<input type="checkbox"/> Solo para las personas menores de 30 años de edad, o para las personas de 30 años de edad en adelante que tengan un Certificado de Exención.	

CAMBIO DE DIRECCIÓN

Dirección de su domicilio Dirección postal

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Condado:

CAMBIO EN LA SITUACIÓN FAMILIAR

Cancelar la inscripción de un dependiente Añadir a un dependiente

Matrimonio Divorcio Recién nacido/adopción Otro _____ Fecha del acontecimiento: __/__/__

Nombre del dependiente cuya inscripción se añade o cancela	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Sexo	Médico de cabecera
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

Se cancelará la cobertura de seguro para todas las personas aseguradas por la póliza. Favor de seleccionar la razón a continuación:
 Otro seguro Fecha de la cobertura: _____ Otro: _____ Fecha del acontecimiento: _____

PRIMA DE SEGURO

Si desea efectuar cambios en cómo paga las primas, visite www.mynmhc.org y seleccione *Pay My Bill* [pagar mi factura]; o llame al centro de atención al cliente al 1-866-668-9002.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Al firmar esta solicitud, todos los solicitantes autorizan, a medida que permita la ley pertinente, la divulgación o el uso de la Información Protegida sobre la Salud [*Protected Health Information, PHI*]* (según se define a continuación) por toda persona o entidad incluso, sin restricción, los profesionales en medicina, las farmacias o los administradores de los beneficios farmacéuticos, los proveedores de servicios médicos, los intercambios de información sobre la salud y las compañías de seguro a NMHC, o a las entidades que haya nombrado, para todo fin que se permita incluso, entre otros, la elegibilidad para el seguro, el control de la calidad, la investigación de la utilización, el procesamiento de las demandas de seguro, la auditoría financiera u otros fines con respecto al tratamiento, el pago o las diligencias de las operaciones clínicas de NMHC. Se entiende que pudiera ser necesario que las partes que administran el plan en el cual me/nos estoy/estamos inscribiendo obtengan y/o proporcionen a otros esta información protegida sobre la salud. Por lo tanto:

1. Se autoriza que toda persona o entidad que tenga la información protegida sobre la salud proporcione dicha información protegida sobre la salud, bajo solicitud, a NMHC y a sus proveedores de servicios médicos participantes o a cualquier entidad que esté llevando a cabo un servicio para fines de determinar la elegibilidad bajo el plan, de la administración del plan, de cumplir con todo programa u operación de NMHC o de evaluar los suministros o los servicios médicos.
2. Se autoriza a NMHC a fin de que divulgue toda la información protegida sobre la salud a cualquier persona, compañía o entidad con tal que determine que esa divulgación es necesaria o apropiada para la administración del plan, para cumplir con los programas u operaciones de NMHC, para evaluar la calidad y la accesibilidad a los servicios médicos y a los suministros o para informar a terceros que estén involucrados en la administración del plan.
3. Sé que tengo que informar a NMHC si cambiara algo (y si es diferente de lo) que he escrito en esta solicitud. Puedo visitar el sitio web en la dirección www.mynmhc.org o llamar al 1-866-668-9002 para avisar si hubiera algún cambio. Entiendo que si hubiera algún cambio en mis datos pudiera afectar la elegibilidad de los familiares que viven en mi hogar.

*La información protegida sobre la salud incluye, con respecto a mí y/o a un dependiente/menor de edad que cubra el plan, toda información sobre la salud que nos identifique individualmente incluso, entre otra, la información médica, dental, de la salud mental, de las adicciones, de las enfermedades contagiosas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y también la información correspondiente a las discapacidades o al empleo.

Al llenar este formulario:

- Entiendo que, por la presente, represento mi autoridad actual y en curso para actuar en mi propio nombre y en nombre de todo dependiente cuyo nombre se enumere en este formulario.
- Admito que he leído todas las secciones de esta solicitud y certifico en mi propio nombre y en nombre de mis familiares dependientes elegibles que las respuestas que se encuentran en esta solicitud son completas y correctas según mi leal saber y entender.
- Entiendo que mis respuestas, junto con todos los suplementos o las páginas adicionales, son el fundamento del certificado o la póliza que se expide. Acepto que no entrará en vigor ningún seguro hasta la fecha que la compañía de seguros especifique en el certificado o la póliza.
- Entiendo que toda falsedad intencionada en que se base la compañía de seguros se pudiera utilizar para denegar una demanda de pago. Además entiendo que se puede anular este contrato si en los primeros veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha de la póliza o el certificado, si se determinara que yo mismo o un familiar presentamos una falsedad intencionada en esta solicitud. Confirmando que ninguna persona que está solicitando la cobertura de seguro en esta solicitud esta encarcelada (detenida o en la cárcel).
- **TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA DEMANDA DE PAGO FALSA O FRAUDULENTO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y SE LE PUDIERA IMPONER MULTAS CIVILES Y CASTIGOS PENALES.**
- En cualquier momento en que New Mexico Health Connections tenga derecho a anular una cobertura de seguro vigente, o si de otra manera se le permitiera efectuar cambios retroactivos a esta póliza debido a un acto, práctica u omisión que constituyan un fraude o por una falsedad intencionada de un hecho material que se presente en esta solicitud, New Mexico Health Connections, según su criterio, pudiera ofrecer modificar la póliza de seguro que ya esté en vigor y/o cambiar la categoría/el nivel de la clasificación.
- Entiendo que esta autorización es válida por dos años, a partir de la fecha de hoy, o hasta que yo termine la cobertura de seguro. Entiendo que puedo revocar la autorización por escrito, en cualquier momento, con tal que me comunique con New Mexico Health Connections. Dicha revocación no afectará las actividades que la compañía haya llevado a cabo antes de la fecha en que la compañía haya recibido la revocación.
- Entiendo que para pedir copia de esta solicitud debo llamar a New Mexico Health Connections al 1-866-668-9002. Acepto que una fotocopia de esta solicitud será tan válida como la original. Una firma legible de facsímil tendrá la misma fuerza y efectividad que la original. Este documento, o la información que se contiene en el mismo, formarán parte del contrato cuando se apruebe y se expida la cobertura de seguro.
- Entiendo que los beneficios cubiertos, los procedimientos de determinación de tratamientos y las exclusiones y limitaciones del plan están sujetos a la Evidencia de la Cobertura [*EOC*] y/o al Resumen de Beneficios y Cobertura [*SBC*]. Dichos documentos están a mi disposición en www.mynmhc.org/individual-plan-documents.aspx. Además puedo llamar a New Mexico Health Connections al 1-866-668- 9002, de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde, para pedir copia impresa de estos documentos.

Firma del solicitante principal/del papá, de la mamá o del tutor legal para los planes solo de menores

Fecha de la firma

Nombre en letra de molde