ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS®

Planes suscriptos por Rocky Mountain HMO (RMHMO)

OE

Solicitud de beneficios de salud para grupos pequeños

Por favor complete todas las secciones al frente y al reverso usando tinta negra únicamente. No podemos procesar formularios incompletos.

Sección 1 – Información de la compañía

Nombre de la compañía		Tipo de entidad: Empresa ☐ LLC ☐ Empresario individual ☐ Otro _____		
Teléfono ( )	Fax ( )	Correo electrónico		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Casilla postal
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal	Casilla postal
Persona de contacto		Cargo		
Presidente/CEO/Dueño (Nombre)		Número de identificación tributaria federal (TIN / EIN)		
Fecha de vigencia propuesta	Industria o tipo de negocio	Código industrial (SIC)	¿Está su compañía afiliada a un plan colectivo de salud para iglesias que no esté sujeto a la normativa ERISA? ☐ Sí ☐ No	

¿La compañía o el dueño que solicita la cobertura comparte la propiedad en algún otro negocio o negocios? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, informe:

Nombre del/los negocio(s): _____

Nombre de todos los dueños: _____

Cantidad total de empleados en la nómina que trabajan 30 horas en una semana normal de trabajo para todos los negocios:#_____

Los empleados elegibles deben cumplir con el número de horas semanales requeridas en una semana laboral regular y cumplir con cualquier plazo de espera aplicable.

Sección 2 – Elegibilidad del empleado

1. a. Cantidad de empleados en la nómina que trabajan 30 horas o más por semana: #_____ b. Número de horas de empleados a tiempo completo o equivalente (FTE)*: #_____ *FTE equivale a la suma de todas las horas laborales de empleados que trabajan a media jornada en un periodo de cada mes, dividida por 120.	10. Período de espera no exigido al inicio/ Inscripción abierta ☐ Sí ☐ No
2. Cantidad de empleados elegibles para la cobertura de beneficios de salud: #_____	11. Contribución médica del empleador (50% mínimo) Empleado _____% Familia _____%
3. Número promedio de todos los empleados (de jornada completa, media jornada, temporales, etc.) que han trabajado durante los días laborales del año civil anterior. _____	12. Clases excluidas (Si las hubiera, por favor descríbalas.)
4. Cantidad de empleados en Colorado: #_____ Cantidad de empleados fuera Colorado: #_____	13. Número de empleados, ex empleados, o empleados actualmente cubiertos o elegibles para un Plan de Cobertura de Continuidad de Colorado o COBRA: #_____
5. Número de empleados elegibles que se suscriben: # _____ Número de empleados elegibles que renuncian la póliza: # _____	14 ¿El grupo administra su propio COBRA? ☐ Sí ☐ No
6. Número de empleados de jornada completa o de media jornada que fueron empleados durante 20 semanas o más durante este año o el año anterio #____	15. ¿Desea que RMHP lo ayude en la administración de la continuación de la cobertura? ☐ Sí ☐ No
7. Número de empleados de jornada completa o de media jornada que trabajaron.un mínimo de 50% de sus días laborables en el año civil precedente: #_____	16. ¿La elegibilidad de su compañía incluye a alguien que no sea empleado de la compañía; por ejemplo, una persona que es un contratista independiente? ☐ Sí ☐ No
8. Requisito de horas trabajadas:	17. ¿Sus empleados son contratados en una compañía de contratación de personal o en una organización de empleadores profesionales? ☐ Sí ☐ No
9. Período de espera para nuevas contrataciones: ☐ fecha de contratación **O** el primer día del mes siguiente: ☐ fecha de contratación ☐ 1 Mes ☐2 Meses ☐ Otro _____ Alguna de las clases tiene un período diferente de espera? (no puede exceder los 90 días) ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa:	18. ¿Ha tenido su grupo la cobertura de salud durante los 90 días pasados? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre de la compañía médica actual: _____
	19. En los últimos 12 meses, ¿ha estado su cobertura provista por MEWA? ☐ Sí ☐ No ¿autofinanciada? ☐ Sí ☐ No
	20. ¿Autorizó la cobertura de dependientes? ☐ Sí ☐ No

Sección 3 – Cobertura deseada

Se determinará la prima total para cada empleado inscripto sumando las primas separadas del empleado y sus dependientes para el plan de salud que seleccionó el empleado. Las primas se sumarán para el empleado, el cónyuge y los niños dependientes. Para los niños entre 21 y 26 años, se incluirá cada prima para cada niño. Si alguno de los niños tiene menos de 21 años, sólo se incluirán los tres niños mayores.

La prima para cada empleado específico y los miembros de la familia se basará en la edad de cada persona desde la fecha de vigencia del grupo. Los factores que pueden afectar los cambios en las tasas de la prima incluyen el diseño del plan y agregado/omisión de empleados y/o dependientes. Los niños dependientes son elegibles para la cobertura hasta los 26 años.

Las tasas se basarán en el país donde el empleador tenga su centro principal de actividades. Rocky Mountain Health Plans (RMHP) se reserve el derecho de cambio de las tasas de la prima. Los cambios en la tasa periódica, que deben ser aprobados por la División de Seguros de Colorado se implementan para asegurar que la prima recolectada por RMHP sea suficiente como para pagar las demandas médicas incurridas por los miembros de RMHP. Los cambios de la tasa pueden producirse anualmente en el momento de una renovación del grupo.

Plan médico 1:	**Preferencia de calificación** **Edad _____ Compuesta _____**
Plan médico 2:	
Plan médico 3:	

Plan de visión:	Plan EAP:	Plan dental:	☐ Empleados residentes fuera del estado ☐ Dependientes residentes fuera del estado

Empleador/Firma autorizada:	Cargo:	Fecha:

Firma del agente de seguros:	Nombre de la agencia: _____ Nombre del agente: _____ Contacto alterno: _____ N0. de Teléfono: _____ Email:
N0. de Licencia de Productor/ N0. de ID de Contribuyente:	

Planes garantizados por Rocky Mountain HMO (RMHMO)

Rocky Mountain Range HMO | Rocky Mountain Summit HMO

BRONZE	**SILVER**	**GOLD**
HMO HSA 5500/50	HMO 1750/70 - $40	HMO 0/70
HMO 5800/65	HMO 2700/70 - $45	HMO 500/80 - $35
HMO HSA 6550/100	HMO 3200/80 - $40	HMO 1000/Copay $30
	HMO HSA 3750/100	HMO HSA 2000/100
	HMO 4000/Copay $30	

New West Focus HMO | Colorado Springs Health Partners HMO

HMO Bronze HSA 6550/100	HMO Silver 2700/70 - $45	HMO Silver 1750/70 - $40	HMO Gold 500/80 - $35

Monument Health PPO

PPO Bronze 5650/6500	PPO Silver 3000/4500	PPO Gold 1000/2000
PPO Bronze HSA 6500/7100	PPO Silver HSA 4000/5500	

Lea la información importante a continuación:

Para cualquier parte interesada, existe un plan de acceso para cada red de atención administrada ofrecido por RMHP. Tales planes de acceso contienen información sobre: proveedores; hospitales; remisión y procedimientos de agravio; garantía de calidad; acceso para miembros con necesidades especiales; provisiones de cobertura de emergencia; y cualquier otra información de acceso a los servicios.

Es ilegal comunicar intencionalmente hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas, negación de seguro, y el pago por daños y perjuicios civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que comunique intencionalmente hechos o informaciones falsas, incompletas o engañosas a un titular de póliza o un solicitante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o un solicitante con relación a un convenio o un premio pagadero por lo recaudado del seguro debe ser reportada a la División de Seguros de Colorado en el Departamento de entes regulatorios.

LA LEY DE SEGURO DE COLORADO EXIGE QUE TODA LAS COMPAÑÍAS EN EL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS EMITAN ALGÚN PLAN DE BENEFICIO DE SALUD PARA COMERCIALIZAR EN COLORADO A LAS PEQUEÑAS EMPRESAS DE 2-100 EMPLEADOS, INCLUYENDO EL PLAN DE BENEFICIO DE SALUD BÁSICO O ESTÁNDAR, UNA VEZ SOLICITADO POR EL PEQUEÑO EMPLEADOR PARA EL GRUPO PEQUEÑO COMPLETO, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO. NO SE PODRÁ RECHAZAR A LOS GRUPOS DE NEGOCIOS DE UNO BAJO UN PLAN DE BENEFICIO DE SALUD BÁSICO O ESTÁNDAR DURANTE LOS PERÍODOS ABIERTOS DE INSCRIPCIÓN SEGÚN LO ESTIPULADO POR LA LEY.

Para empleadores de grupos pequeños, consulte el Aviso de revelación para empleadores de grupos pequeños, que se incorpora a este documento por referencia.

Commercial Tagline for Notices

ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS®

English

There is important information about your coverage or application with Rocky Mountain Health Plans (RMHP) in this notice. Review it carefully. Look for actions you may need to take and deadlines. You have the right to get information in your language at no cost. Call 800-346-4643 for assistance.

Spanish

Hay información importante sobre su cobertura o solicitud de Rocky Mountain Health Plans (RMHP) en este aviso. Revíselo meticulosamente. Tome las acciones necesarias y considere las fechas de vigencia. Usted tiene el derecho a obtener esta información en su idioma sin ningún cargo. Llame al 800-346-4643 para obtener asistencia.

Arabic

في هذه المذكرة هناك معلومات هامة بخصوص التغطية الخاصة بك أو التطبيق الخاص بك مع الخطط الصحية لروكي ماونتن (RMHP). عليك مراجعتها بعناية. وقم بالبحث عن التصرف الذي قد يكون عليك القيام به ومدد المهلة المطلوبة لذلك. إن من حقك الحصول على المعلومات بلغتك بدون مقابل. ويكون عليك الاتصال على الرقم 800-346-4643 للمساعدة.

German

Es gibt wichtige Informationen über Ihre Absicherung oder Anwendung bei Rocky Mountain Health Plans (RMHP) in dieser Mitteilung. Sehen Sie diese sorgfältig durch. Schauen Sie, ob sie Maßnahmen ergreifen oder Termine einhalten müssen. Sie haben das Recht, kostenlos Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie 800-346-4643 an, wenn Sie Hilfe benötigen.

French

Cette notice comprend des informations importantes sur votre assurance ou votre demande aux régimes de Rocky Mountain Health Plans (RMHP). Veuillez l'examiner attentivement. Voyez quelles actions que vous devez prendre et leurs échéances. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement des renseignements dans votre langue. Appelez le 800-346-4643 pour obtenir de l'aide.

Japanese

この通知にはロッキー・マウンテン・ヘルス・プラン (RMHP) の補償範囲と申請に関する重要な情報が掲載されていますので、よくお読みください。行う必要のある手続きおよび締め切り日にご注意ください。お客様には、関連情報を無料で母国語で受け取る権利があります。800-346-4643 までご連絡いただきサポートをご依頼ください。

Korean

이 안내문은 로키 마운틴 의료 보험 (Rocky Mountain Health Plans (RMHP))의 보험 적용 범위 또는 신청서에 대한 중요한 정보를 포함하고 있습니다. 신중하게 검토하시기 바랍니다. 취해야 할 조치와 마감기일에 유의하세요. 고객님의 언어로 된 정보를 무료로 받으실 수 있습니다. 서비스 관련 문의는800-346-4643 로 전화주시기 바랍니다.

Nepali

यो सूचनामा तपाईंको बीमाकृत राशि वा रकी माउन्टेन हेल्थ प्लान्स् (RMHP) लाई तपाईंले पेश गर्नुभएको आवेदनका बारेमा महत्त्वपूर्ण जानकारीहरू छन्। यसलाई ध्यानपूर्वक हेर्नुहोस्। तपाईंले चाल्न आवश्यक हुन सक्ने कदमहरू र समय सीमाबारे थाहा पाउनुहोस्। तपाईंसँग आफ्नो भाषामा निःशुल्क रूपमा जानकारीहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ। सहायताका लागि 800-346-4643 मा फोन गर्नुहोस्।

Persian

در این یادداشت اطلاعات مهمی راجع به درخواست یا پوشش مد نظر شما از سوی Rocky Mountain Health Plans (RMHP) ارائه می شود. با دقت آنرا مطالعه فرمایید. به اقداماتی که باید انجام دهید و مهلت مقرر آنها توجه نمایید. شما حق دارید اطلاعات را به زبان خودتان بدون پرداخت هزینه ای دریافت کنید. برای درخواست کمک به شماره 800-346-4643 زنگ بزنید.

Russian

В данном уведомлении содержится важная информация касательно Вашего страхового покрытия или заявления в организацию Rocky Mountain Health Plans (RMHP). Просим Вас внимательно его изучить. Вам необходимо наметить порядок действий и сроки. У Вас есть право на бесплатное получение информации на родном языке. За помощью обращайтесь по номеру телефона 800-346-4643 .

Simplified Chinese

本通知中包含有关落矶山健康计划（RMHP）范围和应用的重要信息。请仔细阅读。寻找您可能需要采取的措施和最终期限。您有权免费获得以自己的语言提供的信息。请致电 800-346-4643 寻求帮助。

Vietnamese

Trong thông báo này có thông tin quan trọng về phạm vi bảo hiểm hoặc đơn xin của quý vị với Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Rocky Mountain Health Plans (RMHP). Vui lòng xem kỹ thông báo này. Hãy tìm các hành động quý vị cần thực hiện và hạn chót của các hành động đó. Quý vị có quyền nhận thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị mà không bị tính phí. Hãy gọi 800-346-4643 để được hỗ trợ.

Yoruba

Ìfitónilétí pàtàkì wà nípa ìdarapọ̀ rẹ àbí ìbéèrè rẹ pèlú Àwọn Èto Ìlera Rocky Mountain [RMHP] nínú àfiyèsí yìí. Fi pẹ̀lépẹ̀lẹ́ gbé e yẹ̀wò. Wò àwọn ìgbésẹ̀ tí o lè gbé àti àwọn àkókò tí ó dópin. O ní ẹ̀tọ́ láti gbà ìfitónilétí yìí ní èdè rẹ lọ́fẹ̀ẹ́. Pè 800-346-4643 fún ìrànlọ́wọ́.

Ibo/Igbo

Enwere ozi dị mkpa gbasara mkpuchi ma ọ bụ akwụkwọ anamachọihe gị na Rocky Mountain Health Plans (RMHP) n'ọkwa a. Gụgharịa ya nke ọma. Chọọ ihe ndị ị ga-eme yana nduzi. Ị nwere ikike ịnweta ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Kpọọ 800-346-4643 maka enyemaka.

Tagalog

May mahalagang impormasyon tungkol sa iyong coverage o aplikasyon sa Rocky Mountain Health Plans (RMHP) sa paalalang ito. Suriin ito nang mabuti. Alamin ang mga pagkilos na maaaring kailangan mong gawin at hanggang kailan mo dapat maisagawa ang mga iyon. May karapatan kang humiling ng impormasyon sa iyong wika nang libre. Tumawag sa 800-346-4643 para sa tulong.

Amharic

በዚህ ማስታወቂያ ላይ Rocky Mountain Health Plans (RMHP) ስለሚሰጥዎት ሽፋን ወይም ማመልከቻዎን በተመለከተ ጠቃሚ መረጃ አይገኛል። በጥንቃቄ ይገምግሙት። መውሰድ ሊኖርብዎት ስለሚችሉ እርምጃዎችና የግዜ ገደብ ላይ ያተኩሩ። ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ መረጃ የማግኘት መብት አለዎት። እርዳታ ለማግኘት በ 800-346-4643 ይደውሉ።

Cushite — Oromo

Facaatii yokin iyyanoo kee Rocky Mountain Health Plans (RMHP) walin qabiduu ilalichisee odeeffannoo baribaachisaatu jiraa. Irra deebi'an siriti xiinxalii. Kan itifuxachoo qabidu fi guyyaa itti xumramuu itti hojachofi ilaalii. Kafalitii malle odeeffanno afani ketiinarigachofi miriga qabidaa. Garigarisafi 800-346-4643 lakofisaa kananii bilibili.

Kru-Bassa

Li bihne lini li gwe banga bi niigana. Li bihne lini li gwe banga bi niigana nyu mam ma kolbaha ndjombi yong tole ma teeda mong ngueda Rocky Mountain Health Plans (RMHP). Yeng ma kel ma ngui munu li bihne lini. Bebeg le u nlama bon nguim man nwaale guim di loo i nkwo nyu I teda mateda ma mboo yong tole I bana mi nsombog mi mahola. U gwee Kundei kosna biniiguene bini ni mahola i hop wong nni nsaa wogui wo. Sebel 800-346-4643.

Aviso de No Discriminación

ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS®

Rocky Mountain Health Plans (RMHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. RMHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

RMHP toma medidas razonables para asegurar el acceso significativo y se proporciona a tiempo y de forma gratuita una comunicación eficaz:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el RMHP Member Concerns Coordinator at 800-346-4643, 970-243-7050, or TTY 970-248-5019, 800-704-6370, Relay 711.

Si considera que RMHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: RMHP EEO Officer at 800-346-4643, 970-244-7760, ext. 7883, or TTY 970-248-5019, 800-704-6370, Relay 711; or eeoofficer@rmhp.org. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el RMHP EEO Officer está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

RMHP es un Plan de costos aprobada por Medicare. La inscripción en RMHP depende de la renovación del contrato.