

Formulario de inscripción

(para grupos de empleadores con 51 empleados o más)

Para acelerar la inscripción de empleados, asegúrese de completar totalmente las secciones 1, 2, 3, 4 y 5 usando soló tinta negra.

Sección 1 – Información del empleado							
Nombre del empleador			Fecha de empleo / /		Trabajo/ocupación		Horas trabajadas por semana
Empleado: Apellido		Nombre		IM	N° seguro social *	Teléfono particular ()	Teléfono laboral ()
Dirección (incluir casilla de correo)			Ciudad		Estado	CP	Condado donde reside
Sección 2 – Selección del Plan / Cobertura deseada							
Nombre del plan de salud seleccionado por su empleador (consulte el reverso del formulario para ver los nombres de los planes)			Plan de medicamento: <input type="checkbox"/> de marca <input type="checkbox"/> Solo genérico		¿Trabajaré y residiré fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Inscribe dependientes que viven fuera del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, complete la sección 4.		
Cobertura deseada: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> E & hijo(s) <input type="checkbox"/> COBRA/CCOC – fecha de los sucesos que lo habilitan _____			Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubinato (declaración solicitada) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente				
Sección 3 – Otra cobertura de salud							
Mientras esté cubierto por este plan, ¿tienen usted o los miembros de su familia que solicitan cobertura otro seguro de salud activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta es afirmativa, suministre el nombre del otro asegurador: Titular de la póliza:				Número de teléfono ()		N° de plan o N° seguro social* - -	
¿Usted o los miembros de su familia fueron tratados alguna vez por un accidente o lesión grave en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, indique: <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Indemnización laboral Otra:							
Sección 4 – Personas que se inscribirán en el Plan							
Apellido	Nombre	IM	N° seguro social *	Sexo M/F	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Relación con el Suscriptor	Nombre del médico de cabecera y/o N° ID del médico
Suscriptor							
Cónyuge							
¿Matrimonio por unión libre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, complete el formulario de cónyuge por unión libre.					¿El cónyuge reside en Colorado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependiente							
¿La persona discapacitada tiene más de 26 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llene el formulario para dependientes discapacitados.					¿El dependiente reside en Colorado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependiente							
¿La persona discapacitada tiene más de 26 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llene el formulario para dependientes discapacitados.					¿El dependiente reside en Colorado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependiente							
¿La persona discapacitada tiene más de 26 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llene el formulario para dependientes discapacitados.					¿El dependiente reside en Colorado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependiente							
¿La persona discapacitada tiene más de 26 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, por favor llene el formulario para dependientes discapacitados.					¿El dependiente reside en Colorado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dependiente							

* Si los conoce, indique los números del seguro social. Los números faltantes se solicitarán luego de la inscripción.

Debe firmar en el reverso del formulario.
RMHP Fax 970-263-5507

Sección 5 – Convenio

Los abajo firmantes, individualmente o en nombre de las personas a cargo del abajo firmante (“nosotros”), declaramos lo siguiente:

1. Nos ofrecemos a presentar y acordar los términos del contrato aplicable para el plan de salud designado en esta inscripción y para cualquier plan de salud de Rocky Mountain HMO (RMHMO) y/o Rocky Mountain HealthCare Options (RMHCO) que reemplace al plan de salud acordado. Celebraremos un contrato con RMHMO y/o RMHCO al recibo de toda la información requerida para la inscripción, aprobada por RMHMO o RMHCO, y el recibo de la primera prima. Los términos del contrato se establecen en el contrato aplicable para el plan de salud y se pueden enmendar ocasionalmente por el plan de salud aplicable.
2. Entendemos y aceptamos que RMHMO o RMHCO o sus agentes/ contratistas pueden obtener, usar y proporcionar información o registros relacionados con la salud de cualquier persona propuesta para la cobertura del tratamiento, pago y funciones de operación de atención de la salud de RMHMO o RMHCO. Por ejemplo, estos tratamientos, pagos, y funciones de operación de atención de la salud de RMHMO o RMHCO incluyen el uso de tal información para el procesamiento y pago de los reclamos en los programas de seguros de calidad de RMHMO o RMHCO, o para involucrarme a mí o la(s) persona(s) a mi cargo en el manejo de causas. Tal información o registros se pueden obtener a partir de cualquier médico, proveedor de atención de la salud, hospital, clínica, otras dependencias médicas, compañía de seguros u otra entidad. Toda la información está sujeta a las leyes de confidencialidad. Autorizo a cualquier médico, proveedor de atención de la salud, hospital u otra entidad médica, compañía de seguros u otra entidad o persona que ahora o de aquí en adelante tenga registros o conocimiento sobre la salud de cualquiera de las personas propuestas para la cobertura, a proporcionarle al plan de salud la información y complementar esa información a pedido.
3. Entiendo que si rechazo la cobertura para mí o para las personas a mi cargo (incluido mi cónyuge) en virtud de otra cobertura de seguro, puedo inscribirme en el futuro a mí mismo o a las personas a mi cargo (si ya estoy inscripto) en este plan según lo requiere la ley en vigencia, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días después de la finalización de la otra cobertura. También entiendo que si tengo una nueva persona a cargo como resultado del casamiento, nacimiento o de la espera de adopción, puedo inscribirme a mí mismo y a las personas a mi cargo, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al casamiento, nacimiento, adopción o de la espera de la adopción. Entiendo que si no solicito la inscripción dentro de los 30 días de los eventos mencionados precedentemente, no seré elegible para la inscripción a esa cobertura hasta que se concrete primero alguna de las siguientes fechas (1) la fecha en la que me inscribo para tal cobertura durante el Período Abierto de Inscripción Anual; o (2) la fecha de doce (12) meses después de la fecha en la que pedí tal cobertura. También entiendo que si no inscribo en este formulario a alguien a mi cargo que tiene otra cobertura, no puedo inscribir a esta persona a mi cargo hasta que se concrete primero una de estas fechas: (1) la fecha en que me inscribo para tal cobertura durante el Período Abierto de Inscripción Anual; o (2) la fecha de doce (12) meses siguientes a la fecha en que solicité primero tal cobertura.
4. Estamos de acuerdo con las estipulaciones del contrato aplicables para la resolución de litigios y disputas, incluido el arbitraje, cuando fuese necesario. Estamos de acuerdo en resolver tales desacuerdos y disputas como se establece en el contrato aplicable.
5. Estamos de acuerdo en que RMHMO y RMHCO tendrán derecho de dar por finalizada la cobertura y negar los beneficios si la información contenida en esta solicitud de inscripción o que fue proporcionada por el abajo firmante para su inscripción fuera falsa, engañosa o incorrecta en algún aspecto.
6. Estamos de acuerdo en que las estipulaciones precedentes seguirán siendo aplicables para el abajo firmante y las personas a su cargo durante todo el período de la cobertura y continuarán de allí en adelante para todo los derecho u obligaciones que continúen bajo tales planes de salud.
7. Hemos leído la información al dorso de este formulario de inscripción.

Firma del suscriptor:

Fecha:

Planes suscritos por Rocky Mountain HMO (RMHMO)	Planes suscritos por Rocky Mountain HealthCare Options, Inc. (RMHCO)
Good Health Savings HSA HMO Rocky Mountain Good Health HMO Rocky Mountain VISTA HMO RMHMO HMO Standard Health Benefit Plan for Colorado RMHMO HMO Basic Limited Mandate Health Benefit Plan for Colorado	Good Health Savings HSA PPO Indemnity Plan Rocky Mountain Good Health PPO Rocky Mountain Core Plus Hospital Rocky Mountain VISTA PPO RMHCO PPO Standard Health Benefit Plan for Colorado RMHCO PPO Basic Limited Mandate Health Benefit Plan for Colorado

La ley de Colorado requiere a los aseguradores que pongan a disposición un Formulario de Descripción del Plan de Beneficios de Salud de Colorado, el cual ha sido elaborado para efectos de comparación de los planes de salud. El formulario debe suministrarse automáticamente dentro de los tres (3) días hábiles a un asegurado potencial que ha expresado su interés en un plan en particular o quien haya seleccionado el plan como finalista del cual se llevará a cabo la última selección. La aseguradora también debe proporcionar el formulario, como consecuencia de una solicitud oral o por escrito, dentro de los tres (3) días hábiles para cualquier persona interesada en la cobertura o que está cubierta por un plan de beneficio de salud de la aseguradora.

Se encuentra disponible un plan de acceso para cada una de las redes de atención ofrecidas por los Planes de Salud de Rocky Mountain para cualquier persona que lo solicite. Tales planes de acceso contienen información sobre los proveedores, hospitales, procedimientos de referencia y quejas, seguro de calidad, acceso para los miembros con necesidades especiales, suministros de cobertura de emergencia y más información sobre cómo acceder a los servicios.

Es ilegal proporcionarle a sabiendas datos o información falsa, incompleta o errónea, a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que le proporcione a sabiendas datos o información falsa, incompleta o errónea a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un convenio o adjudicación pagadero con los beneficios del seguro será informada a la División de Colorado del Seguro dentro del Departamento de Agencias Normativas.

Notificaciones De Rocky Mountain Health Plans Sobre La Ley De Protección Del Paciente Y Atención Médica Asequible (“Su Plan”)

- I. Su Plan puede requerir la designación de un médico de cabecera (PCP). El Miembro tiene el derecho de designar a cualquier PCP que participe en la red de RMHP siempre que éste se encuentre a disposición para aceptar a tal Miembro como paciente. En caso requerido, hasta que no haya hecho el Miembro tal designación, se le asignará al mismo un PCP. Para obtener información sobre cómo elegir un PCP, y una lista de PCP participantes, por favor llame al departamento de Atención a Clientes, al 970-243-7050, ó 800-346-4643. A los niños, como PCP, se les asignará un pediatra. Ningún Miembro necesita autorización previa a fin de obtener atención obstétrica o ginecológica provista por un profesional de asistencia médica de la red de RMHP especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se puede requerir que el profesional de asistencia médica cumpla con ciertos procedimientos, incluidos la obtención de una autorización previa para realizar ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado, o seguir los procedimientos para hacer remisiones. Para obtener una lista de los profesionales de asistencia médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente, al 970-243-7050 ó 800-346-4643.

- II. Aquellos individuos que son dependientes de empleados elegibles, menores de veintiséis (26) años de edad, y que no eran anteriormente elegibles debido a su edad, estado civil o independencia financiera, pueden ahora ser elegibles para inscribirse durante el Período de Inscripción Abierta Especial de Su Plan, o durante el Período de Inscripción Abierta Anual del grupo. Si tales individuos son actualmente elegibles, éstos serán elegibles para la cobertura hasta que cumplan veintiséis (26) años de edad. El período de Inscripción Abierta Especial es septiembre y octubre de 2010 para una fecha de vigencia de 1 de octubre ó 1 de noviembre de 2010 correspondientemente.