

Formulario de Cambio de Grupo

Complete este formulario exclusivamente con tinta negra.

Indique el tipo de acción solicitada: Alta Modificación Baja

RMHP Fax 970-263-5507

Nombre del suscriptor:	Apellido	Nombre	IM	N° del seguro social
				N° de ID del socio:
Empleador:			Fecha de nacimiento: / /	

Modificación al plan de salud actual

Cambio de dirección: Calle	Ciudad	Estado	CP	Teléfono particular ()	Teléfono laboral ()
----------------------------	--------	--------	----	-------------------------	----------------------

Cambio de nombre: De	A:
----------------------	----

Modificación del plan — Modificación de la cobertura a:

Opción de cobertura:	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Empleado+cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado+hijo(s)	<input type="checkbox"/> Empleado+cónyuge+hijo(s)
----------------------	-------------------------------------	---	---	---

Cambiar el plan a (nombre del plan):	Plan de medicamento: <input type="checkbox"/> De marca <input type="checkbox"/> Sólo genérico (N/A con HSA)
--------------------------------------	---

Acceso nacional a una salud óptima (para algún empleado/dependiente que reside fuera de Colorado)	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja	Fecha de vigencia:
---	---	--------------------

Dependientes sólo añadir / eliminar la información

Alta*	Baja	Fecha	Apellido	Nombre	MI	Seguro Social N°	Sexo M/F	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Relación con el suscriptor	Nombre del médico de cabecera y/o N° ID del médico

* Cualquier petición para agregar a un dependiente en un plan debe ser recibida por RMHP dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha del evento eliminatorio, *excepto* en el caso de que la petición de agregar al dependiente se deba a la pérdida de Medicaid o a la pérdida de la cobertura del Plan de Salud del Niño, y en tal caso debe recibirse la misma dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha de la pérdida de la cobertura. Para agregar dependientes de 19 años de edad en adelante a los planes de cobertura de grupos empresariales pequeños, con menos de 51 empleados, se requiere una copia del certificado de cobertura acreditable provista por la compañía de seguros anterior, u otra prueba aceptable.

Razón para el agregado de un dependiente

Matrimonio — si agrega un cónyuge nuevo, indique la fecha de casamiento: _____

Nacimiento — indique la fecha de nacimiento: _____ Fecha de alta del hospital del recién nacido: _____

Adopción o colocar en adopción. Indique la fecha de la adopción o de la colocación, y entregue la documentación de adopción:

Cobertura para dependiente(s) ordenada por el tribunal — indique la fecha de la orden y entregue la documentación de la orden del tribunal:

Inscripción abierta del grupo del empleador

Dependiente con pérdida de cobertura previa — (Por favor presente constancia de la pérdida de cobertura, es decir, el Certificado de Cobertura Acreditable de HIPAA, u otra prueba aceptable)

Tipo de cobertura: _____ Fecha en que se perdió la cobertura: _____

Razón de la pérdida de cobertura:

Reducción de horas Terminó la contribución del empleador a la cobertura

Terminación involuntaria de la cobertura anterior Finalización del empleo o pérdida del derecho a la cobertura Otra: _____

Razones de la baja / Desvinculación del dependiente

El dependiente no reúne más los requisitos para tener el derecho del hijo dependiente Fallecimiento del dependiente — entregar copia del certificado de defunción

Inscripción en otra cobertura de salud; indique cuál: Cobertura grupal Cobertura individual Otra

Divorcio / Separación legal; proporcione por favor la dirección de expedición No puede pagar la cobertura

ADomicilio del dependiente desafiliado:

Nombre: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Esta es una solicitud de baja para un hijo dependiente cuya cobertura es exigida por una orden de un tribunal o administrativa? Sí No En caso positivo, adjunte la constancia de otra cobertura.

1. Acepto que la inscripción, el derecho, la cobertura y los beneficios de mi plan de salud están sujetos a las políticas y requisitos aplicables, y a todos los términos del contrato correspondiente de mi plan de salud.
2. Acepto que la información anterior es verdadera y que autoricé los cambios indicados.

Firma del suscriptor	Fecha
----------------------	-------

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.