



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: <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Empresario individual <input type="checkbox"/> Asociación Otro _____ ¿Tuvo empleados que no sean usted ni su cónyuge durante el año calendario precedente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. Periodo de espera no exigido al inicio Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 describalas.)
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 anterior # _____	15. ¿Desea que RMHP lo ayude en la administración de la continuación de la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Número de empleados de jornada completa o de media jornada que trabajaron un mínimo de 50% de sus días laborales 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Periodo de espera para nuevas contrataciones: <input type="checkbox"/> fecha de contratación <input checked="" type="radio"/> el primer día del mes siguiente: <input type="checkbox"/> fecha de contratación <input type="checkbox"/> 1 Mes <input type="checkbox"/> 2 Meses <input type="checkbox"/> Otro _____ Alguna de las clases tiene un período diferente de espera? (no puede exceder los 90 días) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa:	18. ¿Ha tenido su grupo la cobertura de salud durante los 90 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre de la compañía médica actual: _____
	19. En los últimos 12 meses, ¿ha estado su cobertura provista por MEWA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿autofinanciada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	20. ¿Autorizó la cobertura de dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 3 – Cobertura deseada

Se determinará la prima total para cada empleado inscrito 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:	<input type="checkbox"/> Empleados residentes fuera del estado <input type="checkbox"/> Dependientes residentes fuera del estado
Entiendo que la cobertura de mi grupo no tendrá vigencia hasta que toda la información de la inscripción requerida sea recibida y aprobada por RMHMO. Entiendo que RMHMO tiene derecho a finalizar la cobertura y denegar los beneficios si alguna información brindada por el abajo firmante es intencionadamente falsa, incompleta o engañosa en forma sustancial.			
Todo fraude o distorsión intencional de un dato sustancial tendrá como consecuencia la finalización de la cobertura. Entiendo que debo informar a RMHP sobre cualquier cambio en las respuestas entre la fecha de la solicitud y la fecha de vigencia de la cobertura. RMHP tiene el derecho de verificar la información brindada y de solicitar información adicional si fuese necesario.			
Empleador/Firma autorizada:		Cargo:	Fecha:
Firma del agente de seguros:		Nombre de la agencia: _____ Nombre del agente: _____ Contacto alternativo: _____	
NO. de Licencia de Productor/ NO. de ID de Contribuyente:		NO. de Teléfono: _____ Email: _____	

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.