

Planes suscritos por Rocky Mountain HMO (RMHMO)

## Formulario de inscripción

### (para grupos de empleadores con 101 empleados o más)

• <b>Para acelerar la inscripción de empleados, asegúrese de completar totalmente las secciones 1, 2, 3, 4 y 5 use tinta negra únicamente.</b>							
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
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		Plan de medicamento: <input type="checkbox"/> de marca <input type="checkbox"/> Solo genérico Aplica únicamente a planes antiguos		¿Trabaja y residirá 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/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> derecho consuetudinario (se requiere formulario) <input type="checkbox"/> Unión Civil <input type="checkbox"/> Pareja habitual del mismo sexo (se requiere formulario) <input type="checkbox"/> Beneficiario designado (se requiere formulario) <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado					
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: _____				Número de teléfono		N° de plan _____ o N° seguro social*: _____	
Titular de la póliza: _____							
¿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 <input type="checkbox"/> Otra: _____							
Sección 4 – Personas que se inscribirán en el Plan							
Apellido	Nombre	IM	N° seguro social *	Sex o 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/Pareja del mismo sexo							
						¿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

El abajo firmante, de manera individual (“yo”) o en nombre de sus dependientes (“nosotros”), declara lo siguiente:

1. Celebro y estoy de acuerdo con los términos del contrato aplicable al plan de salud designado en esta solicitud y cualquier otro plan de salud de RMHMO que reemplace el plan de salud designado (en este documento, la “Evidencia de cobertura” o “EOC”). Tendremos un contrato con RMHMO (1) cuando se reciba toda la información requerida para inscribirse, (2) cuando RMHMO otorguen su aprobación, y (3) cuando se reciba la primera prima. Los términos del contrato se establecen en la EOC. Los términos pueden ser modificados de vez en cuando por RMHMO, según corresponda.
2. Entendemos y aceptamos que RMHMO, 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. Por ejemplo, estos tratamientos, pagos, y funciones de operación de atención de la salud de RMHMO incluyen el uso de tal información para el procesamiento y pago de los reclamos en los programas de seguros de calidad de RMHMO, o para involucrarme a mí o la(s) persona(s) a mi cargo en el manejo de causas. Tal información o registros pueden proceder de cualquier médico, proveedor de cuidados de salud, hospital, clínica, centro médico, compañía de seguros o cualquier 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, para proporcionar al plan de salud dicha información, según se solicite.
3. Entiendo que si rehúso cobertura para mí o para mis dependientes (incluso mi cónyuge) por cualquier motivo, en el futuro, tener limitaciones para inscribirme o inscribir a mis dependientes (en caso de estar previamente inscripto) en este plan. Entiendo que mi capacidad para inscribirme en el futuro estará limitada a lo siguiente: (1) futuros períodos de inscripción abiertos; o (2) experimentar un evento eliminatorio que me autoriza a un período de inscripción especial. Para inscribirme después de un evento eliminatorio debo solicitar la inscripción dentro de treinta (30) días después de que el evento eliminatorio ocurre. Si el evento eliminatorio pierde cobertura conforme al “Acto de Asistencia Médica de Colorado,” convirtiéndome en inelegible para recibir ayuda para pagar la prima conforme “al Acto de Asistencia Médica de Colorado” o el Plan de Salud Básico de Niños, o debido a la desafiliación o estado inelegible de un dependiente para el Plan de Salud Básico de Niños, debo volver solicitar la inscripción dentro de un periodo de sesenta (60) días.
4. Estoy de acuerdo con las disposiciones aplicables de la EOC para la resolución de controversias y disputas, incluido el arbitraje cuando se requiera. Nos comprometemos a resolver tales controversias y disputas como se señala en la EOC.
5. Estoy de acuerdo en que RMHMO tendrán el derecho de terminar la cobertura y denegar los beneficios si cualquier información contenida en esta solicitud o que yo proporcione por algún otro medio para fines de inscripción es deliberadamente falsa, engañosa o incorrecta en cualquier sentido importante.
6. Estoy de acuerdo en que las disposiciones anteriores estarán en vigor para mí y mis dependientes todo el tiempo que dure la cobertura. Las disposiciones seguirán vigentes en la medida que existan derechos u obligaciones continuados según la EOC.
7. Hemos leído la información al dorso de este formulario de inscripción.

**Firma del suscriptor:**

**Fecha:**

**Planes suscritos por Rocky Mountain HMO (RMHMO)**

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 siete (7) 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 siete (7) 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 la adjudicación pagadera de los ingresos del seguro se reportará a la División de Seguros de Colorado.**

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

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.

### **Recolección, uso y divulgación de la información médica**

Como su plan de salud, RMHP debe pedirle información personal y usarla con el objetivo de administrar sus beneficios de atención médica. Usted tiene el derecho de solicitar que su información personal se conserve en confidencialidad. Su información de atención médica personal está protegida de los modos siguientes:

1. Todos los empleados de Rocky Mountain Health Management Corporation, la compañía administradora de los planes de beneficios de salud provistos por Rocky Mountain HMO (RMHMO), acuerdan en establecer procedimientos para salvaguardar la privacidad de la información de salud personal de nuestros Miembros.
2. RMHMO no conservan registros médicos completos de nuestros miembros. Los miembros pueden revisar sus registros médicos dirigiéndose a su médico de cabecera u otro proveedor de atención médica.
3. Algunos empleadores pueden solicitar información relacionada con la atención de sus empleados. A menos que por otra parte no lo consienta la ley o no recibamos previamente su permiso específico por escrito, los datos suministrados a los empleadores se lleva a cabo únicamente en grupo de datos, sin ninguna relación específica con los miembros integrantes del plan de salud.