

# Inscripción o Cambio al Plan de Salud Para Planes Individuales en el Estado de Nueva York



## Instrucciones para Rellenar esta Solicitud

Complete todas las secciones de este formulario de solicitud y envíe todas las páginas a MVP Health Care® por correo a:  
**MVP HEALTH CARE, 625 STATE ST, SCHENECTADY NY 12305-2111.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario de Solicitud, llame al **1-844-865-0250** o visite **mvphealthcare.com**.

**Motivo de la Solicitud** (seleccione uno):  Inscripción  Cambio  Terminación

## Sección 1: Información del Solicitante (Incluya el Nombre del Solicitante en cada página de esta Solicitud) (\*Información requerida)

Nombre de <b>Solicitante*</b> (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Nº de Afiliado de MVP (si ya es Afiliado MVP)		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Nº de Teléfono Residencial	
Condado	Correo Electrónico			Nº de Teléfono Celular	

### Se requiere su respuesta a la siguiente pregunta.

¿Desea usted (solicitante) inscribirse en el Registro Donate Life del Estado de Nueva York?  Sí  Omitir esta pregunta

También puede inscribirse en el Registro Donate Life visitando [donatelife.ny.gov/register](https://donatelife.ny.gov/register).

El Registro Donate Life del estado de Nueva York es una base de datos de personas que se han inscrito para donar órganos, ojos, o tejidos después de su fallecimiento. Esta base de datos es confidencial. Si ha optado por donar al obtener/renovar un permiso de conducir del Estado de Nueva York o al registrarse para votar en el Estado de Nueva York, su nombre ya figura en la base de datos del Registro.

## Sección 2: Información de Inscripción/Cambio/Terminación

### Inscripción(es) o Cambio(s) (marque todo los que apliquen)

- Solicitante Nuevo (complete todas las Secciones)
- Añadir Persona(s) al Plan Actual (complete las Secciones 2, 4, y 5)
- Cambio de Nombre (nuevo nombre introducido arriba, complete las Secciones 2 y 5)
- Cambio de Dirección (nuevo dirección introducido arriba, complete las Secciones 2 y 5)
- Transferencia a Otro Plan (complete las Secciones 2, 3, y 5)

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada de Inscripción o Cambio(s)

Motivo(s) del Cambio(s) (explique)

- Evento de Calificación
- Otro

### Terminación(es)

- Terminar del Plan (complete las Secciones 2 y 5)
- Retirar a la(s) Persona(s) del Plan (complete las Secciones 2 y 5)  
Nombre(s) o Número de Afiliado de MVP

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada de Terminación

### Motivo de Terminación

- Se Mudó del Área de Servicio
- Optar por Otra Cobertura
- Otro

## Sección 3: Seleccione Su Cobertura (Inscripciones y Cambios en la Cobertura Actual)

Seleccione un Nivel de Cobertura Médico:  Solicitante  Solicitante y Cónyuge  Solicitante y Dependiente(s)  Familia

### Seleccione un tipo de Plan Médico e indique el Plan Nombre del Plan

- Plan Estándar Nombre del Plan \_\_\_\_\_
- Plan No Estándar Nombre del Plan \_\_\_\_\_

### Selección de Cláusula(s) Opcional

- Dependiente hasta los 29 Años de Edad
- Enfermería Especializada Limitada

Nombre de Solicitante	Número de Afiliado de MVP
-----------------------	---------------------------

(Sección 3 continuación)

**Seleccione un Nivel de Cobertura de Visión Opcional:**

Solicitante  Solicitante y Cónyuge  Solicitante y Dependiente(s)  Familia

Debe seleccionar un plan médico si desea añadir un plan de visión opcional.

**Seleccione un Plan de Visión Opcional (seleccione uno):**  MVP Vision 1  MVP Vision 2  MVP Vision 3

**Cobertura Dental Pediátrica**

¿Ha obtenido usted una cobertura dental independiente que proporciona un beneficio esencial de salud dental pediátrica a través de un plan dental independiente certificado por el Mercado de NY State of Health ofrecido fuera del Mercado de NY State of Health para cualquier persona hasta los 18 años de edad enumeradas en la Sección 4 de esta solicitud, como la Ley de Cuidado de Salud Asequible lo requiere?  Sí  No

Si **Sí**, proporcione el nombre de la empresa que emite la cobertura dental independiente.

Si **No**, MVP e brindará la cobertura del beneficio esencial de salud dental pediátrica (seleccione un plan), como lo requiere la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

MVP Dental for Kids\*  MVP Dental PPO\* for Families  Delta Pediatric Dental PPO

**Sección 4: Información Sobre Todos los Familiares Que Desea en Su Plan (Sólo Inscripciones y Cambios) (\*Información requerida)**

**Cada una de las personas mencionadas a continuación deberán designar una opción de Proveedor de Cuidado Primario (PCP).**

Para buscar médicos en nuestra red de MVP, visite [mvphealthcare.com/findadoctor](http://mvphealthcare.com/findadoctor) o comuníquese la Unidad de Pequeñas Empresas y Servicio Individual de MVP al **1-844-865-0250** para asistencia.

**Utilice un formulario separado para cada persona adicional.**

Nombre del <b>Solicitante</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Edad	Fecha de Nacimiento*	Número de Seguro Social*
-------------------------------	--	------	----------------------	--------------------------

Nombre de <b>Proveedor de Cuidado Primario*</b>	¿Ya es usted paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de PCP
---	--	---------------

Si tiene 65 años o más, ¿está Afiliado a Medicare?  Sí (proporcione la siguiente información)  No

<b>Su</b> (Solicitante) Número de ID de Afiliado de <b>Medicare</b>	<b>Sus</b> (Solicitante) fechas de entrada en vigencia de la Parte A y Parte B de <b>Medicare</b>			
	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;">Parte A</td> <td style="width:50%; border:none;">Parte B</td> </tr> </table>	Parte A	Parte B	
Parte A	Parte B			

Nombre del <b>Cónyuge</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Edad	Fecha de Nacimiento*	Número de Seguro Social*
---------------------------	--	------	----------------------	--------------------------

Nombre de <b>Proveedor de Cuidado Primario*</b>	¿Ya es usted paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de PCP
---	--	---------------

Si **su Cónyuge** tiene 65 años o más, ¿están actualmente inscritos en Medicare?  Sí (proporcione la siguiente información)  No

Número de ID de <b>Medicare del Cónyuge</b>	Fechas de entrada en vigencia de la Parte A y Parte B de <b>Medicare del Cónyuge</b>			
	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;">Parte A</td> <td style="width:50%; border:none;">Parte B</td> </tr> </table>	Parte A	Parte B	
Parte A	Parte B			

Nombre del <b>Dependiente</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Edad	Fecha de Nacimiento*	Número de Seguro Social*
-------------------------------	--	------	----------------------	--------------------------

Nombre de <b>Proveedor de Cuidado Primario*</b>	¿Ya es usted paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de PCP
---	--	---------------

Nombre del <b>Dependiente</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Edad	Fecha de Nacimiento*	Número de Seguro Social*
-------------------------------	--	------	----------------------	--------------------------

Nombre de <b>Proveedor de Cuidado Primario*</b>	¿Ya es usted paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de PCP
---	--	---------------

Nombre de Solicitante

Número de Afiliado de MVP

**Sección 5: Autorización**

**Se requiere su firma para inscripción, cambio, y terminaciones.**

Por la presente solicito la membresía en MVP Health Care (“MVP”) y doy mi consentimiento para la divulgación, el uso, y la comunicación de cualquier información médica sobre mí y sobre cualquier miembro de mi familia, para quienes puedo dar mi consentimiento:

- Mediante mi proveedor de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (“NYSDOH”) a MVP y a cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi cuidado o el de mi familia, según sea razonablemente necesario para MVP o mis proveedores de atención médica llevar a cabo funciones de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, u otras funciones permitidas por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones y reglas vigentes. Esto puede incluir información sobre farmacia y otros reclamos médicos necesarios para ayudar a administrar mi atención;
- Mediante MVP y cualquier proveedor de atención médica vinculado a NYSDOH y a otros organismos federales, estatales y locales autorizados con el propósito de administrar los programas de salud en la medida permitida por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones, y reglas vigentes; y
- Mediante MVP a mis proveedores u otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para MVP o mis proveedores llevar a cabo operaciones de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, o en la medida permitida por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones, y reglas vigentes.

En cualquier momento, puedo revocar el permiso dado para divulgar información. Sólo tengo que llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número de teléfono que aparece en el reverso de mi tarjeta de identificación de Afiliado de MVP.

A menos que esté prohibido por la ley, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas respecto de mi plan de salud MVP Health Plan en la dirección de correo electrónico que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a recibir documentos en papel y que puedo establecer y cambiar mis preferencias de comunicación en cualquier momento iniciando sesión en mi cuenta de afiliado en línea de MVP en **my.mvphealthcare.com** y seleccionando *Communication Preferences (Preferencias de Comunicación)*.

Al marcar esta casilla, doy fe de que he leído y acepto los detalles en la Divulgación de las Comunicaciones Electrónicas (Electronic Communications Disclosure) de MVP que está disponible en **mvphealthcare.com/privacy-notices** o llamando a MVP al **1-800-TALK-MVP (1-800-825-5687)**.

Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material relacionado comete un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito y también será sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada violación.

He leído y estoy de acuerdo con esta autorización, y certifico que las declaraciones realizadas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante

Fecha de Firma

**Sección 6: Información del Agente**

**Complete este Sección si un corredor le ha ayudado a cumplimentar este solicitud de afiliación o cambio.**

Nombre de <b>Agente</b>	Correo Electrónico del <b>Agente</b>	Número de Teléfono
Nombre de la Agencia	Dirección de la Agencia	Número de la Agencia MVP

**Sección 7: Información para Programas Privados**

Si se inscribe a través de un programa privado (fuera del Mercado de NY State of Health), proporcione el nombre del programa privado.