Solicitud de inscripción al plan de salud o cambio

Para planes de seguros de salud para grupos reducidos de Healthy NY

Instrucciones para completar esta solicitud

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

Si tiene alguna duda o necesita ayuda con este formulario de solicitud, llame al **1-844-865-0250** o bien visite el sitio **mvphealthcare.com**.

Motivo de la solicitud *(seleccione una opción)*: ☐ **Inscripción** ☐ **Cambio** ☐ **Baja**

Sección 1: Información sobre el empleador *(debe ser completado por el empleador)*

Nombre del grupo	N.º de grupo	N.º de subgrupo	Fecha de vigencia

Categoría de empleado	N.º de identificación del producto	Departamento del empleado *(si corresponde)*	Aprobado por

Sección 2: Datos del solicitante *(incluya el nombre del solicitante en cada página de esta solicitud)*

(*Información obligatoria)

Nombre del solicitante* *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*	N.º de identificación de miembro de MVP *(si ya es miembro de MVP)*	Estado civil ☐ **Soltero** ☐ **Casado**

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Condado	Correo electrónico	N.º de teléfono
		( )

¿Tiene ***usted*** (solicitante) algún otro seguro médico? ☐ **Sí** *(aseguradora)* ☐ **No**

En caso de estar casado, ***¿su cónyuge*** tiene otro seguro médico? ☐ **Sí** *(n.º de aseguradora y n.º de identificación)* ☐ **No**

Debe completar la siguiente sección:

¿Le gustaría inscribirse en el Registro Donate Life (Donar vida)? ☐ **Sí** ☐ **Omita esta pregunta**

Sección 3: Información sobre la inscripción, los cambios y las bajas

Inscripciones o cambios *(seleccione todas las opciones que correspondan)*

- ☐ **Inscripción nueva** *(complete todas las secciones)*
- ☐ **Añadir personas al plan actual** *(complete las secciones 3 y 5)*
- ☐ **Cambio de nombre** *(nuevo nombre que se introdujo más arriba; complete las secciones 3 y 6)*
- ☐ **Cambio de dirección** *(nueva dirección que se introdujo más arriba; complete las secciones 3 y 6)*
- ☐ **Cambio a otro plan** *(complete las secciones 3, 4 y 6)*
- ☐ **COBRA** *(complete las secciones 3, 4 y 6)*

Fecha de vigencia de la inscripción o de los cambios

Motivo de los cambios *(explique)*

☐ **Nueva contratación** Fecha de contratación: ☐ **Inscripción abierta**

Evento calificado

☐ **Otro**

Bajas

- **Darse de baja del Plan** *(complete las secciones 3 y 6)*
- **Dar de baja a personas del plan** *(complete las secciones 3 y 6)*

Nombres o números de identificación de miembro de MVP.

Fecha de vigencia solicitada de la baja

Motivo de la baja

- **Se ha trasladado fuera del área de servicio**
- **Optar por otra cobertura**
- **Baja en el empleo**
- **Otro**

Nombre del grupo *N.º de grupo* *Nombre del solicitante*

Sección 4: Elija su cobertura (inscripciones y cambios de la cobertura actual)

(*Información obligatoria)

Seleccione un nivel de cobertura médica:* ☐ **Solicitante** ☐ **Solicitante y cónyuge** ☐ **Solicitante y dependientes** ☐ **Familia**

Seleccione un *nivel opcional* de cobertura de la ☐ **Solicitante** ☐ **Solicitante y cónyuge** ☐ **Solicitante y dependientes** ☐ **Familia**

Debe seleccionar un plan médico si decide añadir un plan de la vista opcional.

Seleccione un *plan* de la vista opcional: ☐ **MVP Vision 1** ☐ **MVP Vision 2** ☐ **MVP Vision 3**

Cobertura dental pediátrica

¿Ha contratado una cobertura dental independiente que ofrezca un beneficio de salud esencial dental pediátrico a través de un plan dental independiente certificado por el mercado NY State of Health™ ofrecido fuera del mercado NY State of Health, para cada persona de 19 años o menos que figure en la Sección 5 de esta solicitud, como lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible?

☐ **Sí** *(indique el nombre de la empresa que ofrece la cobertura dental independiente)* _____

☐ **No.** Entiendo que MVP proporcionará la cobertura del beneficio de salud esencial dental pediátrico mediante la inscripción de las personas de hasta 19 años que se indican a continuación en el plan **Delta Pediatric Dental PPO**.

Sección 5: Información sobre todos los miembros de la familia que se inscriben en su plan (solo inscripciones y cambios) *(*Información obligatoria)*

Todas las personas que figuran a continuación deben designar a un médico de atención primaria **(Primary Care Provider, PCP).** Para buscar médicos de la red de MVP, visite **mvphealthcare.com/findadoctor** o póngase en contacto con la Unidad de Atención a Pequeñas Empresas y Particulares de MVP llamando al **1-844-865-0250** para obtener ayuda.

Use un formulario aparte para cada persona adicional.

Nombre del solicitante ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento* | N.º de Seguro Social*

Nombre del proveedor de atención primaria* | ¿Ya es paciente de este proveedor? ☐ **Sí** **No** | PCP n.º

Si ***usted*** tiene 65 años o más, ¿está afiliado a Medicare? ☐ **Sí** *(brinde la información que se indica a continuación)* ☐ **No**

Su n.º de ID de miembro **de Medicare** (solicitante) | **Sus** fechas de vigencia para la Parte A y la Parte B de **Medicare** (solicitante) **Parte A** **Parte B**

Nombre del cónyuge ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento* | N.º de Seguro Social*

Nombre del proveedor de atención primaria* | ¿Ya es paciente de este proveedor? ☐ **Sí** **No** | PCP n.º

Si ***su cónyuge*** tiene 65 años o más, ¿está afiliado a Medicare? ☐ **Sí** *(brinde la información que se indica a continuación)* ☐ **No**

N.º de identificación de miembro de Medicare del cónyuge | **Fechas de vigencia de la Parte A y la Parte B de Medicare** del cónyuge **Parte A** **Parte B**

Nombre del dependiente ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento* | N.º de Seguro Social*

Nombre del proveedor de atención primaria* | ¿Ya es paciente de este proveedor? ☐ **Sí** ☐ **No** | PCP n.º

Nombre del dependiente ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento* | N.º de Seguro Social*

Nombre del proveedor de atención primaria* | ¿Ya es paciente de este proveedor? ☐ **Sí** ☐ **No** | PCP n.º

Nombre del grupo	*N.º de grupo*	*Nombre del solicitante*

Sección 6: Autorización

Se requiere su firma para todas las inscripciones, modificaciones y bajas.

Por la presente, solicito mi afiliación a 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 el que pueda dar mi consentimiento:

- Por parte de mi proveedor de atención primaria, de cualquier otro profesional sanitario o del Departamento de Salud del Estado de New York ("NYSDOH") a MVP y a cualquier profesional sanitario que participe en mi atención o en la de mi familia, en la medida en que sea razonablemente necesario para que MVP o mis profesionales sanitarios puedan llevar a cabo funciones relacionadas con el tratamiento, el pago o la gestión de la asistencia sanitaria, u otras funciones permitidas por las leyes, reglamentos y normas aplicables, y de conformidad con estos. Esto puede incluir información sobre farmacia y otras reclamaciones médicas necesarias para facilitar la gestión de mi atención médica.
- Por parte de MVP y de cualquier proveedor de asistencia sanitaria al NYSDOH y a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, con el fin de gestionar programas sanitarios en la medida en que lo permitan las leyes, reglamentos y normas aplicables, y de conformidad con estos.
- A MVP, a mis proveedores o a otras personas u organizaciones, en la medida en que sea razonablemente necesario para que MVP o mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención sanitaria, o en cualquier otro caso y en la medida en que lo permitan las leyes, reglamentos y normas aplicables, y de conformidad con los mismos.

En cualquier momento, puedo retirar el permiso que he concedido para divulgar información. Lo único que tengo que hacer es llamar al Centro de Atención al Cliente de MVP al número que figura en el reverso de mi tarjeta de miembro de MVP.

Salvo que la ley lo prohíba, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas relacionadas con mi plan de salud MVP en la dirección de correo electrónico que he indicado. Entiendo que tengo derecho a recibir documentos en papel, y que puedo configurar y modificar mis preferencias de comunicación en cualquier momento iniciando sesión en mi cuenta de miembro de MVP en línea en **my.mvphealthcare.com** y seleccionando *Communication Preferences (Preferencias de comunicación)*.

☐ Al marcar esta casilla, certifico que he leído y acepto los detalles descritos en la *Declaración sobre comunicaciones electrónicas (Electronic Communications Disclosure)*, que se puede consultar en **mvphealthcare.com/privacy-notices** o llamando a MVP al **1-800-TALK-MVP** (1-800-825-5687).

☐ Doy mi consentimiento para recibir documentos y comunicaciones por vía electrónica. Entiendo que puedo solicitar copias en papel, que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y que mi consentimiento es voluntario.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho relevante para la misma, comete un acto de fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito, y estará además sujeta a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de dichas infracciones.

He leído y acepto esta autorización, y certifico que las declaraciones realizadas son veraces y completas según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante *Fecha de la firma*