

N.º del suscriptor:

Fecha:

Optima Health Plan y Optima Health Insurance Company
Solicitud de inscripción y rechazo para empresas medianas 51-150
Coordinación de beneficios

<p align="center">Selección Optima Health Plan:</p> <p align="center"><i>Productos HMO/POS financiados por Optima Health Plan</i></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> Vantage (HMO)</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> Design POS/ POSA (POS)</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> Vantage Select (HMO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Equity Vantage (HMO)</td> <td><input type="checkbox"/> Vantage Direct (HMO)</td> <td><input type="checkbox"/> POS/POSA Seleccionar (POS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Design Vantage (HMO)</td> <td><input type="checkbox"/> POS Direct (POS)</td> <td><input type="checkbox"/> Design Vantage Select (HMO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> POS/POSA (POS)</td> <td><input type="checkbox"/> Equity Vantage Direct (HMO)</td> <td><input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional HMO POS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Equity POS/ POSA (POS)</td> <td><input type="checkbox"/> Equity POS Direct (POS)</td> <td><input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional HMO POS</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> Design POS/ POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Vantage Select (HMO)	<input type="checkbox"/> Equity Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> Vantage Direct (HMO)	<input type="checkbox"/> POS/POSA Seleccionar (POS)	<input type="checkbox"/> Design Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> POS Direct (POS)	<input type="checkbox"/> Design Vantage Select (HMO)	<input type="checkbox"/> POS/POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Equity Vantage Direct (HMO)	<input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional HMO POS	<input type="checkbox"/> Equity POS/ POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Equity POS Direct (POS)	<input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional HMO POS	<p align="center">Optima Health Insurance Company</p> <p align="center">Selección de Plan:</p> <p align="center"><i>Productos PPO financiados por Optima Health Plan</i></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Plus (PPO)</td> <td style="width:50%;"><input type="checkbox"/> Out-of-Area Design Plus (OOAPPO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Out-of-Area Plus (OOAPPO)</td> <td><input type="checkbox"/> Equity Plus (PPO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Design Plus (PPO)</td> <td><input type="checkbox"/> Out-of-Area Equity Plus (OOAPPO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional PPO</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Plus (PPO)	<input type="checkbox"/> Out-of-Area Design Plus (OOAPPO)	<input type="checkbox"/> Out-of-Area Plus (OOAPPO)	<input type="checkbox"/> Equity Plus (PPO)	<input type="checkbox"/> Design Plus (PPO)	<input type="checkbox"/> Out-of-Area Equity Plus (OOAPPO)	<input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional PPO	
<input type="checkbox"/> Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> Design POS/ POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Vantage Select (HMO)																						
<input type="checkbox"/> Equity Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> Vantage Direct (HMO)	<input type="checkbox"/> POS/POSA Seleccionar (POS)																						
<input type="checkbox"/> Design Vantage (HMO)	<input type="checkbox"/> POS Direct (POS)	<input type="checkbox"/> Design Vantage Select (HMO)																						
<input type="checkbox"/> POS/POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Equity Vantage Direct (HMO)	<input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional HMO POS																						
<input type="checkbox"/> Equity POS/ POSA (POS)	<input type="checkbox"/> Equity POS Direct (POS)	<input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional HMO POS																						
<input type="checkbox"/> Plus (PPO)	<input type="checkbox"/> Out-of-Area Design Plus (OOAPPO)																							
<input type="checkbox"/> Out-of-Area Plus (OOAPPO)	<input type="checkbox"/> Equity Plus (PPO)																							
<input type="checkbox"/> Design Plus (PPO)	<input type="checkbox"/> Out-of-Area Equity Plus (OOAPPO)																							
<input type="checkbox"/> Nombre del plan opcional PPO																								

IMPORTANTE:

- Cualquier información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con bolígrafo azul o negro.
- Se deberá proporcionar los números de seguro social del suscriptor principal, cónyuge e hijo(s) dependiente(s) cubiertos por este plan.
- Si incluye a un cónyuge o a un dependiente debido a un evento calificado, **es posible que se soliciten documentos justificativos**.

A. INFORMACIÓN DEL GRUPO (debe completarla el empleador)

<input type="checkbox"/> Solicitante nuevo	<input type="checkbox"/> ADJUNTAR dependiente/cónyuge	<input type="checkbox"/> Cambio de dirección	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre
<input type="checkbox"/> CANCELAR TODO	<input type="checkbox"/> Cancelar dependiente/cónyuge	<input type="checkbox"/> COBRA (fecha de entrada en vigor):	<input type="checkbox"/> Cambio de PCP
Nombre del grupo:		Número del grupo:	Número del suscriptor:
Firma del administrador del beneficio (obligatorio)			Estado: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Sueldo
Fecha de contrato: (mm/dd/yyyy)	Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (mm/dd/yyyy) <i>(se debe cumplir con el nuevo periodo de contrato)</i>	Fecha de cancelación de la cobertura: (mm/dd/yyyy)	

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (ESCRIBA SU NOMBRE LEGAL EN IMPRENTA) ¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? Sí No

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: (Nº de apartado postal)			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número del Seguro Social:				Fecha de nacimiento: (mm/dd/yyyy)	
Teléfono principal:		Teléfono secundario:		Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
				Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Médico de atención primaria: (Primary Care Physician, PCP)
Si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO) o el Optima Health Point of Service Plan (POS), seleccione a un médico de atención primaria del directorio de proveedores del plan para cada miembro de la familia indicado. Los planes Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) y Optima Health Out-of-Area Preferred Provider Organization (OOA) no requieren selección de atención primaria.

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (De conocerlo)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------	-----------------	-------------------------------------	---

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO *(continuación)*

Dirección de correo electrónico: _____

Estoy de acuerdo en aceptar comunicaciones electrónicas que me notifiquen información importante del plan de salud, incluidos, pero sin limitarse a estos, los Certificados de Seguros, Explicaciones Electrónicas de Beneficios, actualizaciones de plan y documentos de Resumen Uniforme de Beneficios. Al señalar esta casilla acepta las comunicaciones electrónicas.

C. RECHAZO DE LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADO O DEL DEPENDIENTE

Si planea elegir una cobertura para usted y sus dependientes, ignore esta sección.

Mi empleador me ha dado la oportunidad de solicitar una cobertura grupal de salud con el plan para mí y mis dependientes (si corresponde). He rechazado solicitar la cobertura como se indica a continuación.

Seleccione la opción que corresponda

Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, de haberlos) Rechazo la cobertura solo para mis hijos.

Rechazo la cobertura solo para mi cónyuge. Rechazo la cobertura para mi cónyuge y mis hijos.

MOTIVOS DEL RECHAZO (DEBE SELECCIONAR UNA)

Cubiertos con otra póliza de cobertura de salud o CHAMPUS/TRICARE. *(De seleccionar esta casilla, se requiere información adicional).*

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Nombre del asegurado: _____

Otro motivo: *(Se requiere respuesta)*

Firma: _____ Fecha: *(mm/dd/yyyy)*

D. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS DE SALUD (SOLO para los planes Equity Vantage y Equity Plus)

Administración de Cuentas de Ahorro de Salud (Health Savings Account, HSA): Si ha escogido el plan elegible con altos deducibles **Equity/HSA**, usted es elegible para abrir una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Optima Health para la administración de las cuentas HSA. *¿Desea abrir una cuenta HSA?*

Sí, por favor **ABRA** una cuenta de ahorros de salud para mí con HealthEquity.

No, **NO ABRA** una cuenta de ahorros de salud para mí con HealthEquity.

No, ya tengo una cuenta de ahorros de salud con HealthEquity.

E. DIRECCION POSTAL ALTERNATIVA **Empleado:** Sí No **Cónyuge/Dependientes:** Sí No

Si el empleado, cónyuge o cualquier dependiente recibiera correspondencia, información del plan o cualquier otra forma de comunicación a una dirección diferente a la registrada en la **Sección B Información del empleado**, regístrela aquí.

Dirección postal alternativa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES

AVISO: Médico de atención primaria: (PCP) Si solicita el plan Optima Health Plan Health Maintenance Organization (HMO) o el plan Optima Health Point of Service Plan (POS/POSA), seleccione un médico de atención primaria del directorio del proveedor del plan para cada miembro de la familia indicado. Los planes Optima Health Preferred Provider Organization (PPO) y Optima Health Out-of-Area Preferred Provider Organization (OOA) no requieren selección de atención primaria.

CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <small>(mm/dd/yyyy)</small>		Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <small>(De conocerlo)</small>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HIJO 1 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <small>(mm/dd/yyyy)</small>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <small>(De conocerlo)</small>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HIJO 2 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <small>(mm/dd/yyyy)</small>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <small>(De conocerlo)</small>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HIJO 3 <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar		¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <small>(mm/dd/yyyy)</small>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <small>(De conocerlo)</small>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES *(continuación)*

HIJO 4	<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utiliza una dirección postal alternativa para este miembro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:	Nombre:		Inicial del segundo nombre:		
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <i>(mm/dd/yyyy)</i>	Género:		Discapacidad:	
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: <i>(De conocerlo)</i>	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

• *Si usted tiene más de cuatro (4) dependientes, reimprima esta página y continúe completando la información requerida para todos los dependientes elegibles.*

G. INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA *(Necesaria antes de completar la inscripción).*

¿Alguna persona de las que estarán cubiertas por este plan contará con otra cobertura además de la que proporciona este plan?

No Si la respuesta es NO, salte a la sección H.

Sí Si la respuesta es SÍ, entonces proporcione la siguiente información sobre la cobertura.

Persona asegurada (nombre):	N.º de identificación (póliza)
Fecha de entrada en vigor: <i>(mm/dd/yyyy)</i>	Nombre del empleador o de la organización que proporcione la cobertura:
Nombre de la compañía aseguradora:	Enumere a las personas que soliciten la cobertura que también estarán cubiertas por este seguro.

En caso de cobertura Medicare:
Si más de una persona tiene cobertura de Medicare, vuelva a imprimir esta página y complete la información requerida.

Persona cubierta: (Nombre)	Número de HIC:
Fecha de entrada en vigor: Parte A <i>(mm/dd/yyyy)</i>	Fecha de entrada en vigor: Parte B <i>(mm/dd/yyyy)</i>
Elegible debido a:	
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> Etapa Terminal de Enfermedad Renal (End Stage Renal Disease, ESRD)	<input type="checkbox"/> 65 o mayor
Mes/Año:	<input type="checkbox"/> Trabajo
	<input type="checkbox"/> Retiro
	<input type="checkbox"/> Discapacidad y ESRD actual
	Mes/Año:

Nombre del suscriptor:

Nombre del empleador:

H. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

El solicitante principal y su cónyuge deben firmar y fechar la siguiente sección (si corresponde).

Yo, y mi intermediario (si corresponde), certifico (certificamos) por medio de la presente que leí, o se me leyó, la solicitud completada; que conservo una copia de la solicitud completada; y que reconozco que cualquier falso testimonio o fraude intencional en la solicitud puede resultar en la pérdida de la cobertura de esta póliza.

Entiendo que la cobertura estará conforme al plan grupal patrocinado por mi empleador. Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la vigencia de la cobertura y que la cobertura no entrará en vigor si mi empleador no ha realizado dicha solicitud. Asimismo, certifico que trabajo en el domicilio comercial de mi empleador a tiempo completo al menos veinticinco (25) horas a la semana. Si cumplo con los requisitos para la cobertura, autorizo a mi empleador a realizar las deducciones de mis ganancias que fueran necesarias para aportar mi contribución a esta cobertura y entiendo que mi empleador ofrece este servicio en mi beneficio y no como un agente del asegurador.

Asimismo, entiendo que la cobertura no está en vigencia hasta la fecha de entrada en vigor indicada en la tarjeta de ID del Miembro, expedida para mí y mis dependientes. Solicito esta cobertura de salud para las personas indicadas en la solicitud y acuerdo con cumplir las disposiciones de la cobertura en el documento de la póliza conforme al cual estamos inscritos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Optima Health Insurance Company u Optima Health Plan cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Acuerdo proporcionar las pruebas de elegibilidad que fueran aceptadas por Optima Health de ser solicitadas.

Por la presente autorizo a cualquier proveedor de servicios de salud o cualquier compañía de seguros que tenga mis registros médicos personales, o conocimiento sobre mi salud o la salud de mis dependientes, a dar a Optima Health Plan u Optima Health Insurance Company, tal como se verificó en la página uno, cualquier información médica personal con la finalidad de administrar las disposiciones sobre la coordinación de beneficios y para el pago de los reclamos, una vez inscrito. Esta autorización no se extenderá a la divulgación de las notas tomadas durante las sesiones de psicoterapia, que se mantienen separadas del resto de los registros médicos del proveedor.

Entiendo que cualquier información médica recibida por Optima Health, de conformidad con esta solicitud, está sujeta a restricciones en cuanto a la divulgación a terceros, según lo establecido por las leyes estatales y federales. Entiendo que existe la posibilidad de una nueva divulgación de la información ya compartida de conformidad con esta autorización, dicha información, una vez divulgada, puede dejar de estar protegida por las normas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que yo o mi representante legal autorizado podemos recibir una copia de esta autorización, previa solicitud, y acepto que una fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que el original. Entiendo que, a efectos de procesar el pago de los reclamos y para la administración de las disposiciones sobre la coordinación de beneficios, esta autorización es válida por la duración de esta póliza.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante un aviso por escrito dirigido a Optima Health en 4417 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462. También entiendo que mi revocación no afectará los derechos de cualquier persona que haya actuado de acuerdo con esta autorización antes de recibir el aviso de mi revocación.

Si un representante legal firma en nombre del solicitante o de cualquier otra persona a recibir cobertura, la firma del representante legal constituye un testimonio de que el representante legal posee la autoridad de firmar en nombre de dicha persona.

X

Firma del empleado o huella, firma y título específico del representante legal:

Fecha: (mm/dd/yyyy)

X

Firma del cónyuge (si corresponde) o huella, firma y título específico del representante legal:

Fecha: (mm/dd/yyyy)