

SUGERENCIAS PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Si va a inscribir a su cónyuge y sus hijos, ¡lea primero lo siguiente!

Las siguientes situaciones requieren que usted proporcione información o documentación adicional para que su cónyuge o sus hijos, de hasta 26 años, puedan inscribirse en su plan de salud. Sin esta información su inscripción y la emisión de las tarjetas de identificación podrían postergarse.

Coordinación de beneficios

Complete la página Información de coordinación de beneficios solo si usted o cualesquiera de los familiares que van a inscribirse cuentan con cobertura médica además de la que proporciona el plan Optima Health (marque "Sí" en la Sección 8: cobertura adicional).

Continuación de cobertura para hijos con discapacidad intelectual o impedimento físico:

Los hijos mayores de 26 años que tengan una discapacidad intelectual o un impedimento físico pueden seguir siendo elegibles para gozar de la cobertura. Será necesario que incluya una declaración por parte del médico de su hijo junto con esta solicitud. Use o siga las instrucciones sobre el formulario de certificación de dependientes con discapacidad que se encuentra en nuestro sitio web: <https://www.optimahealth.com/members/manage-plans/forms-and-drug-lists>

También puede contactar a Servicios al Miembros para preguntar acerca de este formulario o para obtener información adicional.

Revise cuidadosamente su solicitud para asegurarse de que todas las fechas de nacimiento y números de seguro social sean correctos.

Asegúrese de incluir las fechas de nacimiento y números de seguro social de cada persona que el plan cubrirá.

Página de información de coordinación de beneficios

* Conserve una copia de esta página de coordinación de beneficios para sus registros

Nombre del solicitante: _____ N.º de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

NOTA: Complete la sección 1 y la sección 3 si cuenta con cobertura comercial adicional.
Complete la sección 2 y la sección 3 si cuenta con Medicare.

SECCIÓN 1 (Seguro comercial)

Nombre de la otra compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de póliza: _____ Fecha de inicio: _____

Empleado: _____

Nombre del grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lista de familiares que este seguro cubre: _____

SECCIÓN 2 (Información de Medicare)

Solicitante: _____ N.º de reclamo: _____

Fecha de inicio del seguro hospitalario (Parte A): _____

Fecha de inicio del seguro hospitalario (Parte B): _____

¿Está jubilado?: Sí No Fecha de jubilación: _____

Cónyuge: _____ N.º de reclamo: _____

Fecha de inicio del seguro hospitalario (Parte A): _____

Fecha de inicio del seguro hospitalario (Parte B): _____

¿Está jubilado?: Sí No Fecha de jubilación: _____

SECCIÓN 3

Por medio de la presente certifico que, a excepción de lo antes mencionado, ninguno de los servicios ni pagos se proporcionan o son recuperables a través de ningún otro grupo de seguros o plan de servicios.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

N.º de suscriptor: _____

Fecha: _____

**Plan Optima Health y Compañía de Seguros Optima Health
Solicitud de inscripción para grupos grandes (combinados)**

IMPORTANTE: La información incompleta retrasará la inscripción. Utilice bolígrafo, presione firmemente y escriba de forma clara.

Sección 4 Deberá completarla el empleador N.º del grupo _____ N.º de subgrupo: _____

- NUEVO
 Inscripción abierta
 Continuación de la cobertura
 Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado
 Cambio de médico de cabecera o de dirección
 Cancelar todo
 Añadir dependiente/cónyuge
 Cancelar dependiente/cónyuge
 Restablecimiento

Necesario

Necesario, si corresponde

Nombre del empleador	Fecha de entrada en vigor/terminación	N.º de seguro social del empleado	Fecha de contratación

Sección 5

Selección de planes Optima Health: Productos de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)/Punto de Servicio (Point of Service, POS) financiados por el plan Optima Health	Selección de planes de la Compañía de Seguros Optima Health: Productos de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) financiados por la Compañía de Seguros Optima Health
<input type="checkbox"/> Vantage (HMO) <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Vantage POSA <input type="checkbox"/> Equity Vantage (HMO) <input type="checkbox"/> Equity POS <input type="checkbox"/> Equity POSA <input type="checkbox"/> Design Vantage (HMO) <input type="checkbox"/> Design POS <input type="checkbox"/> Design POSA	<input type="checkbox"/> Plus (PPO) <input type="checkbox"/> Equity Plus (PPO) <input type="checkbox"/> Design Plus (PPO)

Sección 6

DEBERÁ COMPLETARLA EL EMPLEADO (ESCRIBA NOMBRE LEGAL)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección: _____ Idioma principal: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono principal: () _____ Teléfono secundario: () _____

Sección 7

→ **NOTA: Complete esta sección solo si usted ha marcado un plan Equity en la sección 5**

Administración de la Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud (Health Savings Account, HSA): si ha escogido el plan Equity HSA elegible de deducción alta ofrecido por su empleador, usted es elegible para establecer una HSA. HealthEquity es el proveedor preferido de Optima Health para la administración de la cuenta HSA.

¿Le gustaría establecer una cuenta HSA?

Fecha de entrada en vigor: _____

- Sí, **establecer** una cuenta de ahorros para gastos de salud para mí con HealthEquity.
 No, **no establecer** una cuenta de ahorros para gastos de salud para mí con HealthEquity.

Sección 8

Cobertura adicional:

LA INFORMACIÓN REQUERIDA DEBERÁ COMPLETARLA EL EMPLEADO PARA TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS A CONTINUACIÓN.

¿Cualquiera de las personas mencionadas tendrá otro seguro médico además del plan Optima Health cuando esta cobertura entre en vigor? No

Si la respuesta es Sí, complete las secciones 1, 2 y 3 en el formulario de la Coordinación de Beneficios adjunto. Si tiene otra cobertura de salud y ha elegido una cuenta HSA, consulte con su asesor fiscal acerca de sus criterios de elección para contribuir con una HSA.

Sección 9**Comunicación:**

Seleccione el medio por el cual prefiere recibir las comunicaciones de Optima Health.

	<u>Impreso</u>	<u>Electrónico</u>	Dirección de correo electrónico: (Necesario) _____
E.B.: <i>explicación de beneficios</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Resumen de Beneficios y Cobertura: <i>resumen de beneficios y cobertura</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras comunicaciones: <i>boletín informativo, etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sección 10

Mencione todas las personas que deberá cubrir la solicitud de inscripción

(no es necesario para planes Plus [PPO])

N.º de seguro social		Apellido	Nombre, inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	M/ F	Médico de cabecera y número de ID	Paciente actual
	YO			/ /		DR.	SÍ / NO
	CÓNYUGE			/ /		DR.	SÍ / NO
	HIJO			/ /		DR.	SÍ / NO
	HIJO			/ /		DR.	SÍ / NO
	HIJO			/ /		DR.	SÍ / NO
	HIJO			/ /		DR.	SÍ / NO

SI LO AGREGA A LA PÓLIZA, FECHA DEL EVENTO CALIFICATIVO (NACIMIENTO, CASAMIENTO, ETC.) _____

Sección 11**AUTORIZACIÓN**

Solicito la cobertura Optima Health para mí y los miembros de mi familia mencionados; estoy de acuerdo con que una vez inscritos, yo y los miembros de mi familia nos atendremos a las disposiciones de la cobertura en la Póliza del Grupo y el Certificado de Seguro o del Acuerdo del Grupo y la Evidencia de Cobertura en la cual se nos inscribirá. Optima Health es el nombre comercial de diferentes compañías entre las que se incluye el plan Optima Health y la Compañía de Seguros Optima Health.

Entiendo que la falsificación de datos en las respuestas a las preguntas en esta solicitud o la falta en el pago de las primas pueden resultar en la pérdida de la cobertura del plan de Salud del Grupo.

Autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia u otro proveedor de servicios o suministros de salud a comunicarle a Optima Health información médica o de otro tipo relacionada con la elegibilidad para la cobertura o con el reclamo de beneficios relacionados con los individuos especificados en esta solicitud. Además, le otorgo el derecho a Optima Health a recibir y a comunicar información a otras compañías de seguro necesaria para administrar las disposiciones de la Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) en la Póliza del Grupo o el Acuerdo del Grupo.

Entiendo que después de que Optima Health reciba alguna información, puede usarla para evaluar la elegibilidad para la cobertura, el reclamo de beneficios, la solicitud para cambios en los beneficios de la póliza o administrar la COB. Esta autorización no se extenderá a la divulgación de las notas del proveedor tomadas durante las sesiones de psicoterapia que están separadas del resto del registro médico del proveedor.

Cualquier información que reciba Optima Health en virtud de esta solicitud está sujeta a restricciones de divulgación a otros como se establece en las leyes federales y estatales. Entiendo que existe la posibilidad de la redivulgación de cualquier información divulgada en virtud de esta autorización y que dicha información, una vez divulgada, puede no ampararse en las reglas federales de privacidad y confidencialidad.

Entiendo y estoy de acuerdo en que ningún beneficio entrará en vigor hasta que Optima Health reciba y procese esta solicitud y hasta que se me otorgue una tarjeta de identificación de Optima Health con la fecha de entrada en vigor.

Entiendo que es mi responsabilidad informar y verificar con Optima Health cualquier cambio en mi elegibilidad o la de los miembros de mi familia cubiertos. Si se me solicita, estoy de acuerdo con suministrar documentación aceptable. Entiendo también que estoy obligado a pagar cualquier copago, coaseguro o deducción aplicables en el momento que los servicios se presten.

Certifico que conservo una copia de la solicitud completada para mis registros. Entiendo que esta solicitud formará parte de la Póliza del Grupo o del Acuerdo del Grupo. Entiendo asimismo que yo o mi representante autorizado puede recibir una copia de este formulario bajo solicitud previa. Estoy de acuerdo con que una copia fotográfica será tan válida como la original.

Entiendo que, con el propósito de recoger información en relación con esta solicitud, esta autorización es válida hasta 30 meses desde el momento de mi firma y, con el propósito de recoger información en relación con el reclamo de beneficios, esta autorización es válida durante el plazo de la cobertura de la póliza.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Administrador del beneficio _____ Fecha _____