

Inscripción o Cambio al Plan de Salud

Para Planes HMO de Pequeños Grupos del 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 Sobre el Grupo del Empleador (A cumplimentar por el Empleador)

Nombre de Grupo	Nº de Grupo	Nº de Subgrupo	Fecha de Entrada en VÍgo
Clase de Empleado	Nº de ID del Producto		

Sección 2: Información del Solicitante (Incluya el Nombre del Solicitante en cada página de esta Solicitud)

(*Información requerida)

Nombre de Solicitante* (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

Sección 3: 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 3 y 5)
- Cambio de Nombre (nuevo nombre introducido arriba, complete las Secciones 3 y 6)
- Cambio de Dirección (nuevo dirección introducido arriba, complete las Secciones 3 y 6)
- Transferencia a Otro Plan (complete las Secciones 3, 4, y 6)
- COBRA (complete las Secciones 3, 4, y 6)

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

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

- Nuevo Empleado Fecha de Empleo: _____
- Inscripción Abierta
- Evento de Calificación
- Otro _____

Terminación(es)

- Terminar del Plan (complete las Secciones 3 y 6)
- Retirar a la(s) Persona(s) del Plan (complete las Secciones 3 y 6)
Nombre(s) o Número de Afiliado de MVP

Fecha de Entrada en VÍgo Solicitada de Terminación

Motivo de Terminación

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

Nombre de Grupo	Número de Grupo	Nombre de Solicitante
-----------------	-----------------	-----------------------

Sección 4: 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

Nombre del Plan Médico (por ejemplo, Gold 2 HDHP):

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: MVP Vision 1 MVP Vision 2 MVP Vision 3

Sección 5: Información Sobre Todos los Familiares Que Desea en Su Plan (Sólo Inscripciones y Cambios) (*Información requerida)

Utilice un formulario separado para cada persona adicional.

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

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

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

Su (Solicitante) Número de ID de Afiliado de Medicare	Sus (Solicitante) fechas de entrada en vigencia de la Parte A y Parte B de Medicare	Parte A	Parte B
--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------	---------

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

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

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

Número de ID de Medicare del Cónyuge	Fechas de entrada en vigencia de la Parte A y Parte B de Medicare del Cónyuge	Parte A	Parte B
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---------	---------

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

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

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

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

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

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

Group Name	Group No.	Applicant Name
------------	-----------	----------------

Sección 6: 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