

Formulario de cambio/ inscripción

para grupos de empleadores pequeños

Use tinta de color negro. Marque con las iniciales todas las correcciones.
Se deben contestar todas las preguntas.

Esta sección debe ser completada por el administrador de beneficios:

Nombre de la compañía: _____	Inscripción inicial _____	Rechazo de la cobertura _____
N.º de grupo: _____	Inscripción abierta _____	Complete la Sección 5.
N.º de división: _____	COBRA/FHICCA _____	Evento calificado _____
Fecha de contratación/cancelación: _____	Fecha de entrada en vigencia: _____	Complete la Sección 6.

Sección 1. Tipo de transacción (marque todas las opciones que correspondan)

Inscripción:
 Empleado
 Jubilado
 Cónyuge
 Hijo(s)
 Cambio:
 Nombre
 Dirección
 Plan
 División
 Cobertura
 Cancelación
 Cancelación de dependiente

Sección 2. Información del empleado

(Debe adjuntar una copia de la documentación de respaldo si el dependiente tiene un apellido diferente del apellido del empleado.

Consulte **Documentación de respaldo** a continuación):

N.º de Seguro Social del solicitante/identificación de miembro:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Dirección particular:			N.º de depto.:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es distinta de la dirección anterior):			N.º de depto.:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:		N.º de teléfono celular:		Dirección de correo electrónico:			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		Sexo: Masculino Femenino		Nombre del plan:		Ocupación:	
PCP de quien suscribe (primer nombre y apellido)							

Sección 3. Información de cambio/inscripción

(Debe adjuntar una copia de la documentación de respaldo del evento calificado. Consulte **Documentación de respaldo** a continuación):

Tipo de cambio: (A=Agregar, C=Cambiar, X=Cancelar)	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante	N.º de Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	PCP del dependiente (primer nombre y apellido)

1) ¿Alguno de los dependientes antes mencionados tiene una residencia permanente diferente de la del solicitante?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre y la dirección del dependiente: _____

2) ¿Alguno de los hijos dependientes antes mencionados tiene una discapacidad física o mental permanente?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre del dependiente y la edad en la que obtuvo el diagnóstico: _____

Sección 4. Información sobre la coordinación de beneficios (si corresponde)

Comprendo que cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a una aseguradora presente reclamaciones o solicitudes que contengan información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado. Complete esta sección solo si usted o alguno de sus dependientes tienen otra cobertura de salud que no se cancelará cuando la cobertura de esta solicitud entre en vigencia. Escriba los nombres de cada persona cubierta. Si usted o sus dependientes no tendrán otra cobertura, escriba las iniciales. _____

Cobertura grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre y dirección de otra compañía aseguradora			
Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)		Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Hijos <input type="checkbox"/> Familia			
Nombre del titular de la póliza (primer nombre y apellido)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente		Nombre del empleador		Fecha de inicio del empleo (MM/DD/AAAA)	
Número de grupo		Número de póliza			
Información de otra cobertura médica grupal (Solo escriba aquellas cubiertas por otros planes).		Tipo (B/S/F)*	Fecha de entrada en vigencia	Fecha de finalización	Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza de otra cobertura
Nombre del cónyuge:					
Nombre del dependiente:					
Nombre del dependiente:					
Nombre del dependiente:					
*B. Escriba "B" cuando este dependiente esté cubierto por ambos planes de seguro, el suyo y el de su cónyuge (casados). S. Escriba "S" si es el padre/la madre que tiene la custodia de este dependiente y no hay otra persona que deba pagar los gastos médicos de este dependiente. F. Escriba "F" si este dependiente tiene cobertura por medio de otra persona (que no sea un miembro de su familia) quien debe pagar los gastos médicos de este dependiente.					

Sección 5. Rechazo de la cobertura (si corresponde)

Cobertura médica

Decido rechazar la cobertura para: Mí mismo Cónyuge Hijo(s) (marque todas las opciones que correspondan)

Motivo del rechazo de la cobertura: Otra cobertura Medicare TriCare Sin cobertura

(Marque todas las opciones que correspondan y proporcione una copia de la tarjeta de identificación).

Sección 6. Evento calificado (si corresponde)

Fecha del evento: _____ Evento calificado: _____ ¿Se adjunta documentación? Sí No

La **documentación de respaldo** muestra evidencia del estado de sus dependientes (certificado de nacimiento, orden judicial de tutela, certificado de matrimonio, documentos de adopción, etc.) para cualquier evento que reúne los requisitos o si agrega un dependiente con un apellido diferente del apellido del empleado. Debe adjuntar una copia para la cobertura.

Sección 7. Declaración

Condiciones de la cobertura:

Comprendo y acepto que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que no existe cobertura a menos que y hasta que Health First haya aceptado y aprobado el formulario de inscripción para empleados elegibles y las solicitudes del empleador. Mediante la presente, elijo la inscripción o el cambio anterior a mi inscripción en Health First. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la parte que me corresponde del pago de la cobertura y a realizar los pagos necesarios al Plan. Comprendo que mi cobertura/membresía será emitida y continuará en función de que yo y cualquiera de los dependientes cubiertos por esta cobertura/membresía cumplamos con todos los requisitos de mi plan.

Comprendo que la membresía otorgada a las personas por la presente estará sujeta a todas las disposiciones y limitaciones del contrato grupal. Comprendo que un cambio en la cobertura de los dependientes puede afectar el monto que se descuenta de mi sueldo por estos beneficios y mediante la presente autorizo cualquiera de estos cambios.

Si estoy inscrito en un Plan de salud con deducible alto designado para ser usado con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) conforme a la sección 223 del Código Tributario, reconozco y autorizo a Health First a intercambiar cierta información limitada obtenida de esta solicitud con sus socios financieros preferidos a los fines de la inscripción inicial y administración de las HSA.

Comprendo que, si estoy inscrito en un Plan de salud con deducible alto calificado para cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) y elijo recibir un crédito de una compañía aseguradora anterior conforme a la ley de Florida, puede que mi plan ya no califique como un plan compatible con HSA.

Condiciones generales:

1. Acepto que, en caso de surgir alguna controversia o disputa entre Health First, mis dependientes y yo debemos agotar los procedimientos de apelaciones o quejas que se detallan en el Certificado de Cobertura que recibí.
2. En caso de que se realice un pago en exceso, autorizo a Health First a recuperar el exceso de parte de cualquier persona o entidad que lo haya recibido.
3. Reconozco que, si solicito cobertura/membresía de Health First más adelante, es posible que la cobertura/membresía no esté disponible hasta el próximo período de inscripción abierta anual o período de inscripción especial.
4. Entiendo y acepto que este formulario de solicitud de cambio/inscripción puede transmitirse a Health First o su agente mediante mi empleador. Autorizo a cualquier médico, otro profesional de atención médica, hospital o a cualquier otra organización de atención médica ("Proveedores"), incluso farmacias o administradores de beneficios de bases de datos de farmacias a proporcionar a Health First o a su agente información relativa a los antecedentes médicos, historia clínica (pueden contener información de tratamiento psiquiátrico, contra el VIH/SIDA o para la dependencia de sustancias químicas), registros de utilización de medicamentos recetados, servicios o tratamientos proporcionados a cualquier persona que se incluya en este formulario de solicitud de cambio/inscripción, incluidos los que involucren salud mental y abuso de sustancias. Además, autorizo a Health First a usar y divulgar dicha información a afiliados, Proveedores, partes responsables del pago, otros aseguradores, administradores externos, distribuidores, asesores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi atención o tratamiento, pago de servicios, funcionamiento de mi plan de salud o para llevar a cabo actividades relacionadas. El plan acuerda cumplir con todas las reglamentaciones de privacidad de la HIPAA. He hablado sobre las condiciones de esta autorización con aquellos afectados por el presente formulario de solicitud de cambio/inscripción y he obtenido su consentimiento respecto de dichas condiciones. Comprendo que puedo cancelar por escrito esta autorización otorgada al Plan y, a menos que se revoque, esta autorización tendrá validez durante el plazo de la cobertura y el tiempo que lo permita la ley en lo sucesivo.
5. Comprendo que mi empleador no es un agente de Health First Commercial Plans, Inc. También comprendo que mi empleador es responsable de informar a todos los empleados sobre lo siguiente: 1. Fechas de entrada en vigencia, 2. Todas las fechas de cancelación, 3. Cualquier conversión, derechos o responsabilidades de COBRA o ERISA, y 4. Todos los demás asuntos que correspondan a la cobertura/membresía de acuerdo con el contrato grupal.

A mi leal saber y entender, declaro que toda la información que se proporciona en este formulario es verdadera y completa. En representación de mí mismo y de los dependientes elegibles mencionados en el presente, reconozco que he leído y comprendo este formulario en su totalidad. Entiendo que, en caso de que no firme este formulario luego de realizar la solicitud de transacción mencionada anteriormente o si por cualquier motivo Health First no recibe aviso de la solicitud de transacción mencionada anteriormente dentro de un plazo razonable luego del evento, mi elegibilidad y la de mis dependientes pueden verse afectada.

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a una aseguradora presente reclamaciones o solicitudes que contengan información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

Health First Health Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones en cuanto a la inscripción y los beneficios. Health First acepta no vender jamás su información. Si envía su dirección de correo electrónico, usted acepta expresamente recibir información promocional de los centros de Health First, sus subcontratistas y filiales sobre novedades, eventos, promociones, ofertas especiales y encuestas de satisfacción del paciente. También comprende que tiene derecho a "dejar de participar" en cualquier momento a través de una solicitud enviada como respuesta al correo electrónico. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.



Health Plans

Underwritten by  Commercial Plans

Aviso de no discriminación

Health First Health Plans cumple con las leyes federales sobre derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health First Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health First Health Plans:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de signos.
 - Información escrita en otros formatos (tamaño de letra grande, formatos electrónicos accesibles).
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si cree que Health First Health Plans no proporcionó estos servicios o lo discriminó de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles: Civils Rights Coordinator, 6450 US Highway 1, Rockledge, FL 32955, 321-434-4521, 1-800-955-8771 (TTY), Fax: 321-434-4362, civilrightscoordinator@hf.org. Puede presentar una queja personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health First Health Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones en cuanto a la inscripción y los beneficios. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.



Health Plans

Underwritten by  Commercial Plans

English:

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Health First Health Plans. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 855-443-4735.

Spanish:

Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de la solicitud o cobertura que usted tiene con Health First Health Plans. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 855-443-4735.

Haitian Creole:

Avi sila a gen Enfòmasyon Enpòtan ladann. Avi sila a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan oswa konsènan kouvèti asirans lan atravè Health First Health Plans. Chèche dat ki enpòtan nan avi sila a. Ou ka gen pou pran kèk aksyon avan sèten dat limit pou ka kenbe kouvèti asirans sante w la oswa pou yo ka ede w avèk depans yo. Se dwa w pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Rele nan 855-443-4735.

Vietnamese:

Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Health First Health Plans của Quý vị. Xin xem các ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số 855-443-4735.

Portuguese:

Este aviso contém informações importantes. Este aviso contém informações importantes a respeito da sua solicitação ou cobertura por meio dos Health First Health Plans. Consulte datas importantes neste aviso. Talvez seja necessário que você tome providências dentro de determinados prazos para manter a sua cobertura de plano de saúde ou ajuda com custos. Você tem o direito de obter estas informações e ajuda no seu idioma e sem custos. Ligue para 855-443-4735.

Chinese:

本通知包含重要的資訊。本通知包含關於您透過 Health First Health Plans 提交的申請或保險的重要資訊。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權以您的母語免費取得本資訊及幫助。請撥電話 855-443-4735。

French:

Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire Health First Health Plans. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez 855-443-4735.

Tagalog:

Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng Mahalagang Impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagkakasaklaw sa Health First Health Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan kang magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagkakasaklaw sa kalusugan o makatulong sa mga gastusin. May karapatan kang makuha ang impormasyon at tulong na ito sa iyong wika nang libre. Tumawag sa 855-443-4735.

Russian:

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Health First Health Plans. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону 855-443-4735.

Arabic:

يحتوي هذا الإشعار معلومات هامة. يحوي هذا الإشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال Health First Health Plans. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في دفع التغطية الصحية أو للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على معلومات والمساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 855-443-4735

Italian:

Questo avviso contiene informazioni importanti. Questo avviso contiene informazioni importanti sulla sua domanda o copertura attraverso Health First Health Plans. Cerchi le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un suo intervento entro una scadenza determinata per consentirle di mantenere la sua copertura o sovvenzione. Ha il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella sua lingua gratuitamente. Chiami il numero 855-443-4735.

German:

Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch Health First Health Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Anspruch auf Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter 855-443-4735.

Korean:

본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Health First Health Plans를 통한 보장에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 확인하십시오. 귀하는 건강 보장을 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 855-443-4735로 전화하십시오.

Polish:

Niniejsze ogłoszenie zawiera ważne informacje. Niniejsze ogłoszenie zawiera ważne informacje dotyczące Państwa wniosku lub zakresu świadczeń realizowanych poprzez Health First Health Plans. Może zaistnieć potrzeba podjęcia przez Państwa pewnych działań w określonym terminie w celu zachowania ubezpieczenia zdrowotnego lub otrzymania pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnego uzyskania informacji i pomocy w języku ojczystym. Prosimy zadzwonić pod numer 855-443-4735.

Gujarati:

આ સૂચનામાં અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં હેલ્થ ફર્સ્ટ કમર્શિયલ પ્લાન્સ દ્વારા તમારી અરજી અથવા કવરેજ વિશેની અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાંની ખાસ તારીખો જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને જાળવી રાખવા અથવા ખર્ચ અંગે મદદ મેળવવા માટે ચોક્કસ સમયમર્યાદા સુધીમાં તમારે કાર્યવાહી કરવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને આ માહિતી અને મદદ તમારી ભાષામાં વિના મૂલ્યે મેળવવાનો અધિકાર છે. 855-443-4735 પર કોલ કરો.

Thai:

ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญ ประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการสมัครหรือขอขบเซตการประกันสุขภาพของคุณผ่าน Health First Health Plans โปรดดูกำหนดการสำคัญในประกาศนี้

คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่าย คุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 855-443-4735.