Solicitud de inscripción al plan de salud o cambio

Para planes individuales directos de Vermont

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**.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual?

☐ **Empleado durante todo el año o durante una parte del año**

☐ **Sin empleo** *(Pase a la pregunta 5)*

2. ¿Cuál es la opción que mejor describe el tamaño de su empleador, en caso de que esté empleado?

☐ **Menos de 50 empleados** ☐ **Más de 50 empleados**

3. ¿Recibirá fondos de su empleador para pagar *sus* primas de seguro médico o sus facturas médicas? No incluye los fondos destinados al cónyuge o a la pareja de hecho.

☐ **No** *(Pase a la pregunta 5)* ☐ **Sí**

4. ¿Cómo va a utilizar estos fondos?

Pagar las primas ☐ **Pagar las facturas de servicios médicos** ☐ **Pagar las primas y las facturas de servicios médicos**

☐ **No voy a utilizar ninguno de estos fondos**

5. ¿Tiene actualmente cónyuge o pareja de hecho?

☐ **No** *(Continúa en la página 2)* ☐ **Sí**

6. ¿Recibirá su cónyuge o pareja de hecho alguna ayuda económica de su empleador para pagar sus primas de seguro médico o sus facturas médicas? Si su cónyuge o pareja de hecho no trabaja, seleccione "no".

☐ **No** *(Continúa en la página 2)* ☐ **Sí**

7. ¿Cómo va a utilizar estos fondos procedentes del empleador de su cónyuge o pareja de hecho?

☐ **Pagar las primas** ☐ **Pagar las facturas de servicios médicos** ☐ **Pagar las primas y las facturas de servicios médicos**

☐ **No utilizaré ningún fondo procedente del empleador de mi cónyuge o pareja de hecho**

(Continúa en la página 2)

Los planes de beneficios de salud son emitidos o administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarias operativas de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.

Solicitud de inscripción al plan de salud o cambio

Para planes individuales directos de Vermont

Acción solicitada: ☐ **Inscripción** ☐ **Cambio** ☐ **Baja**

Complete todas las páginas de este formulario.

Sección 1: Datos personales *(escriba en letra de imprenta)*

Nombre del solicitante *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado

Dirección postal

Ciudad

Estado postal

Código

Condado

N.º de teléfono fijo ( )

N.º de teléfono móvil ( )

Correo electrónico

¿Cumple usted o su cónyuge los requisitos para acceder a Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si responde ***Sí***, indique sus números de identificación de miembros de Medicare.
(Usted mismo) (Cónyuge, si cumple los requisitos)

Si responde ***Sí***, indique las fechas de vigencia de las Partes A y B de Medicare.
(Usted mismo) Parte A Parte B (Cónyuge) Parte A Parte B

Sección 2: Información sobre la inscripción, los cambios y las bajas

Inscripción o cambio *(marque todas las opciones que correspondan)*

☐ Nuevo solicitante ☐ Añadir dependiente ☐ Cambio de dirección
☐ Cambio de nombre ☐ Cambio a otro plan

Fecha de vigencia solicitada

Motivo *(explique)*

☐ Evento calificado

Otro

Nota: Las fechas de vigencia se basan en la fecha de recepción en MVP.

Baja

☐ Darse de baja del plan

☐ Quitar únicamente a los dependientes *(especifique el nombre o el número de identificación del afiliado)*

Fecha de vigencia solicitada

Motivo de la baja

☐ Trasladado desde el área de servicio ☐ Optar por otra cobertura
☐ Otro

Sección 3: Elija su cobertura (inscripciones y cambios)

Nivel de cobertura médica ☐ **Solicitante** ☐ **Solicitante y cónyuge** ☐ **Solicitante y dependientes** ☐ **Familia**

☐ **Estándar** ☐ **No estándar** ☐ **Nombre del plan médico** *(p. ej., Gold 4 HDHP)*

Nivel de cobertura de la vista opcional ☐ **Solicitante** ☐ **Solicitante y cónyuge** ☐ **Solicitante y dependientes** ☐ **Familia**

La cobertura de la vista debe ser igual o inferior a la cobertura médica.

Plan de la vista opcional (seleccione uno) ☐ MVP Vision 1 ☐ MVP Vision 2 ☐ MVP Vision 3

Si va a escanear este formulario para enviarlo, asegúrese de escanear y enviar todas las páginas.

Continúa en la página 2

Nombre del solicitante

Sección 4: Información sobre todos los miembros de la familia que desee inscribir en su plan (inscripciones y cambios)

Use un formulario aparte para cada persona adicional.

1 Solicitante ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

2 Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)* | Relación con el solicitante ☐ Cónyuge ☐ Dependiente

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

3 Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)* | Relación con el solicitante ☐ Dependiente

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

4 Nombre *(nombre, inicial del segundo nombre, apellido)* | Relación con el solicitante ☐ Dependiente

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario | Edad | Fecha de nacimiento ***(obligatorio)*** | N.º de la Seguridad Social ***(obligatorio)***

Sección 5: Autorización *(Se requiere su firma para las inscripciones, los cambios o las bajas)*

Nota: Los residentes de Vermont que no reciban el Crédito Fiscal Anticipado para Primas (APTC) ni la Ayuda para el Pago de Primas de Vermont (VPA) del Estado de Vermont pueden contratar un plan individual directamente a través de MVP Health Care. Puede averiguar si cumple los requisitos para recibir estas ayudas visitando VermontHealthConnect.gov y seleccionando Try Our Decision Tools (Pruebe nuestras herramientas de decisión), o visitando mvphealthcare.com y utilizando la Subsidy Calculator (Calculadora de subsidios). Si cumple los requisitos y desea darse de alta utilizando una ayuda económica (APTC o VPA), deberá hacerlo a través de la página web de Vermont Health Connect. Si no cumple los requisitos, o si los cumple pero decide darse de alta sin utilizar ninguna ayuda del APTC o del VPA, puede darse de alta directamente en MVP Health Care.

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración falsa en una solicitud de seguro podrá ser considerada culpable de un delito y estar sujeta a las sanciones previstas en la legislación estatal. Al enviar este formulario de inscripción y mis datos personales, confirmo que soy el titular de la póliza y que estoy autorizado para tomar esta decisión. Entiendo que, si me inscribo directamente en MVP, renuncio a mi derecho a cualquier crédito fiscal o subvención. Autorizo a MVP a presentar una solicitud de cancelación ante Vermont Health Connect en relación con cualquier cobertura del mercado de seguros en la que pueda estar inscrito a través de Vermont Health Connect.

Solo los planes contratados a través de Vermont Health Connect son elegibles para los subsidios del gobierno, incluidos los créditos fiscales anticipados para las primas (APTC) o las reducciones de la participación en los gastos (CSR). Entiendo que me estoy inscribiendo en un plan que ***no*** es elegible para APTC, CSR ni ninguna otra ayuda económica del gobierno. Entiendo que el cálculo del subsidio que se encuentra en **mvphealthcare.com** es una estimación y no una determinación oficial de elegibilidad, y que es mi responsabilidad confirmar mi derecho oficial a los subsidios en la página web de Vermont Health Connect.

Por la presente, solicito mi adhesión a MVP. Por la presente, 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 de la agencia reguladora competente de Vermont a MVP y a cualquier profesional sanitario que participe en mi atención, 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 a la agencia reguladora competente de Vermont 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.

Asimismo, acepto que la información facilitada con fines de tratamiento, pago y gestión de la atención médica pueda incluir datos sobre mí relacionados con el VIH o la salud mental, en la medida en que lo permitan las leyes aplicables, hasta que revoque este consentimiento.

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 de teléfono que figura en el reverso de mi tarjeta de miembro de MVP.

Por la presente, certifico que las declaraciones realizadas son veraces y completas, según mi leal saber y entender.

Continúa en la página 3

Nombre del solicitante

*(**Sección 5: Autorización;** continúa de la página 2)*

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 **mvphealthcare.com** y seleccionando *Preferencias de comunicación*. He leído y acepto los detalles que se describen en la Divulgación electrónica de MVP, que está disponible en mvphealthcare.com o llamando a MVP al número 1-800-TALK-MVP (1-800-825-5687).

☐ Sí ☐ No

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 esta, comete un acto de fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito, y también podrá ser objeto de una sanción civil.

He leído esta autorización y la acepto.

Firma Fecha

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudar. Llame al **1-844-865-0250** O visite **mvphealthcare.com** Fax: **518-386-7595**

Envíe por correo todas las páginas del formulario completo a la siguiente dirección: **MVP HEALTH CARE 625 STATE ST SCHENECTADY NY 12305-2111**

Los planes de beneficios de salud son emitidos o administrados por MVP Health Plan, Inc.; MVP Health Insurance Company; MVP Select Care, Inc.; y MVP Health Services Corp., subsidiarias operativas de MVP Health Care, Inc. No todos los planes están disponibles en todos los estados y condados.