



Queremos enseñarles algunas áreas de confusión común al completar la forma de Solicitud o Cambio de Inscripción.

Durante esta presentación, nosotros utilizaremos la forma mostrada a la izquierda abajo. La forma que usted utiliza puede ser diferente. La información mostrada aquí es generalmente igual de una forma a otra.

Veremos primero el Nombre de el Empleador.

El Nombre de el Empleador se utiliza para indicar el nombre de la compañía por la cual el empleado trabaja.

El nombre del empleado no pertenece en este lugar. En la mayoría de las formas, el nombre de el empleado no se coloca en la primera sección.

Ahora, miremos la Fecha de Empleo.

La Fecha de Empleo es importante porque se utiliza para determinar la fecha eficaz del empleado. Sin esta fecha o si la fecha esta incorrecta puede tener un impacto negativo en los beneficios de el empleado o las primas del seguro.

Si la Fecha de Empleo falta la forma puede ser regresada, lo cual causara un retraso en el proceso de la inscripción.

Otro lugar importante de la forma de Solicitud o Cambio de Inscripción es la selección de el plan o cobertura.

Hay tres categorías comunes en esta sección de la forma: Médico, Dental, y Vida e Incapacidad.

Es importante que las elecciones apropiadas sean elejidas. Si la información no es correcta puede resultar en las primas del seguro o los beneficios incorrectos, o retraso de servicios, tal como una visita al doctor.

Otra parte importante de esta forma es la fecha de nacimiento.

La seccion requiriendo la fecha de nacimiento es muy importante, se debe completar en la forma de Solicitud o Cambio de Inscripción. Esto incluye las fechas de nacimiento para el empleado y para cualquier dependiente.

Si la fecha de nacimiento falta, el empleado y sus dependientes no se podran inscribir en el sistema. Si la fecha de nacimiento no es exacta, puede afectar las primas del seguro, la elegibilidad, o los pagos de servicios.

El Número de seguro social del empleado va aquí.

Todos nuestros miembros deben tener un Número de seguro social para ser inscribidos en el sistema.

Si falta el Numero de Seguro Social, una llamada telefónica se hará para confirmar o la forma de solicitud de inscripción se regresara. Ambos causarán retraso en el proceso de inscripción.

Si esta caja se firma, el empleado no recibirá beneficios.

Solicitud de inscripción/cambio para empleados de empresas pequeñas de California (con 2 a 50 empleados elegibles)

Nombre del empleador: _____

Fecha de vigencia: Nueva inscripción de grupo Nueva contratación Recontratación/Reactivación Inscripción tardía Otro

Fecha de contratación: _____

A. Selección de la cobertura - Favor de completar con tinta negra y letra legible.
(Las secciones sombreadas son para uso exclusivo del empleador o de Aetna)

1. Cobertura médica - Marcar una.
 Plan HMO de Aetna - Plan opción _____
 Plan MC de Aetna - Plan opción _____
 Plan MC de Aetna con deducible alto
 Plan EPO de Aetna
 Plan PPO de Aetna - Plan opción _____
 Plan Aetna Indemnity
 Plan PPO fuera del estado de Aetna

2. Cobertura dental - Marcar una.
 Opción 1 DMO o PPO
 Opción 2 Opción 3 Opción 4
 Opción 5 Opción 6
 Fuera del estado
 Antes de hoy, ¿contaba US con cobertura bajo este plan dental del empleador? Sí No

3. Seguro de vida e incapacidad
 Seguro básico/AD&D Ultra
 Seguro opcional para dependientes
 Designación del beneficiario - Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)
 No. de seguro social del beneficiario: _____
 Filiación que tiene con el empleado: _____

B. Datos del empleado - Debe ser completada por el empleado
 Número de identificación del miembro: _____
 Apellido, Nombre, Inicial: _____
 Cargo que ocupa: _____
 Teléfono de casa: _____
 Idioma principal (opcional): _____
 Dirección particular: _____
 Apdo. No.: _____
 Ciudad, Estado: _____
 Código postal: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Ciudad, Estado: _____
 Código postal: _____
 Teléfono del trabajo: _____
 Sueldo (obligatorio): \$ _____
 Por hora Semanal Mensual por semana
 Número de horas trabajadas por semana: _____
 Marque uno Tiempo parcial Tiempo completo
 Estado civil: Casado Soltero
 Número de dependientes incluyendo cónyuge: _____

C. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. En caso necesario inserte hojas adicionales.
 NOTA: Seleccione "compañero/a doméstico/a" SÓLO si su empleador ha elegido aquella cobertura.

Relación con el empleado	Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Sexo	No. de seguro social	Fecha de nacimiento	Alm. (M)	PMS (S)	Proprietario	Cobertura elegida	Otra cobertura elegida	Calificación de la cobertura dental	Número de socio del consultorio médico (Si corresponde)	Número de socio dental (Si corresponde)
Empleado	1. _____	M	_____	MM/DD/AAAA	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge o Compañero/a doméstico/a	2. _____			/ /				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hija	3. _____			/ /				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hija	4. _____			/ /				<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

D. Declinación/Renuncia de cobertura - Debe completarse si un empleado elegible o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica y/o dental.
 1. Se rechaza la cobertura médica para: Empleado Cónyuge Dependientes
 2. Se rechaza la cobertura dental para: Empleado Cónyuge Dependientes
 3. Se rechaza el seguro de vida para: Empleado Cónyuge Dependientes
 Motivos por los que se rechaza la cobertura: (si correspondiera, favor adjuntar frente a copia de la tarjeta de identificación de cobertura médica)
 Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge - Nombre de la aseguradora y número de miembro:
 Estar inscrito en los planes de otra aseguradora - Nombre de la aseguradora y número de miembro:
 Cónyuge está cubierto por la cobertura médica de grupo del empleador
 Cónyuge cubierto por la cobertura dental de grupo del empleador
 Medicare Covered by Champus or Champva Otro (Explique): _____

Entiendo que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que yo y/o mis dependientes podremos tener que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en este plan, las condiciones preexistentes podrán no contar con cobertura durante seis meses.

Firma del empleado SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o dependientes. Fecha (Mes/Día/Año)

E. Datos de los dependientes
 ¿Alguno de los dependientes de la Sección C vive en otro domicilio? En caso afirmativo, ¿quién es y cuál es su dirección? Sí No
 Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias: _____

Después de completar, firme, quite la cinta adhesiva de las páginas interiores, doble y presione para sellar, y presente a su empleador

Condiciones de inscripción (continuación de la página 3)

- activo en dicha fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a la evidencia de buena salud o de la información médica, entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para el cuidado de la salud ("Proveedores"), incluyendo farmacias o gerentes de beneficios de farmacia, proporcione a Aetna o a su agente información concierne a la historia médica, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud, esto incluye la información sobre la salud mental, abuso de sustancias tóxicas y el SIDA o complejo asociado al SIDA. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras aseguradoras, administradores de terceros, proveedores de suministros, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan médico o para realizar actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge y con mis dependientes adultos competentes y he obtenido su consentimiento sobre dichos términos. Entiendo que esta autorización está estipulada conforme a la ley estatal y que no constituye una "autorización" según se define por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud. Esta autorización conservará su validez por treinta (30) meses a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización cuando la solicite, y que la fotocopia de la misma tiene la misma validez que el original. Más autorizaciones pueden estar necesarias bajo el plan, como lo puede requerir la ley estatal que corresponde.
 - Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y registrarán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
 - Entiendo y estoy de acuerdo en que, con la excepción de *Aetna Rx Home Delivery*, los proveedores médicos y los proveedores de suministros que pertenecen a la red son contratistas independientes de prácticas privadas y no son ni empleados ni agentes de Aetna. *Aetna Rx Home Delivery, LLC* es una subsidiaria de Aetna Inc. No se podrá garantizar la disponibilidad de un proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Dichos cambios serán notificados de acuerdo con la ley estatal aplicable.
 - Entiendo y estoy de acuerdo en que, con las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes de HMO y DMO ofrecen solamente cobertura para los beneficios dentro de la red y que, para estar cubierto, los servicios deben ser prestados por un médico de familia, dentista de familia que pertenece a la red o por un especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor que pertenece a la red, conforme a lo autorizado por la referencia médica del médico de familia participante en la red.
 - Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica, que cualquier condición pre-existente de mi cónyuge, dependientes o mía podrá no contar con cobertura durante 6 meses.

Declaraciones falsas

- Atención residentes de California: para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el siguiente aviso: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida, es culpable de un delito y es pasible de recibir multas y confinamiento en una prisión estatal.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones de inscripción y con las autorizaciones y declaraciones falsas en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de empresas pequeñas de California (con 2 a 50 empleados elegibles). Entiendo que, en caso de no firmar esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a esta solicitud de transacción, o que por cualquier motivo, Aetna no recibiera notificación de esta solicitud de transacción dentro de un periodo de tiempo razonable, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo por un mínimo de 30 horas semanales o a tiempo parcial de forma permante por un mínimo de 20 horas semanales para dicho empleador en el lugar usual de trabajo.

INSCRITOS EN PLANES HMO DE CA - AVISO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO: TODA DISPUTA QUE SURJA DE, O ESTÉ RELACIONADA CON LA MEMBRESÍA AL PLAN MÉDICO SERÁ DETERMINADA A TRAVÉS DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO Y NO POR MEDIO DE UN PROCESO LEGAL NI RECURRIENDO A UN PROCESO EN LA CORTE, EXCEPTO PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE DISPUESTA POR LA LEY DE CALIFORNIA. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTROS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, O SEA, SI ALGUN SERVICIO CUBIERTO POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO O NO FUERA AUTORIZADO O, FUERA PRESTADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN MÉDICO TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y LIMITA LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN PUNITIVA. PARA MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

Entiendo que estoy renunciando al derecho constitucional de resolver las disputas en un tribunal y ante un jurado, en su lugar acepto el uso del arbitraje obligatorio. Esto significa que los miembros no podrán llevar sus casos a juicio en la corte. Asimismo, entiendo que el acuerdo contiene limitaciones con respecto a ciertos recursos y que los miembros no podrán reivindicar indemnizaciones por daños y perjuicios.

Firma del empleado	Firma del cónyuge	Dirección de E-mail del empleado (opcional)	Fecha (Mes/Día/Año)
X	X		

Hay dos lugares en la forma donde el empleado puede firmar.

La primera caja (localizada generalmente en la primera página) debe ser firmada solamente si el empleado declina beneficios. (Mire página 1 - circulado en rojo)

La otra caja localizada generalmente en la última página, requiere una firma.

Si falta la firma en la forma de solicitud de inscripción se puede regresar, causando una retraso en el proceso de inscripción.

Esto concluye nuestra revisión de las partes de confusión o mal entendidos de la forma del Solicitud o Cambio de Inscripción. Esperamos que esto lo ayudará a asistir a sus empleados a completar esta forma correctamente.

Gracias por tomar el tiempo de ver esta presentación.

Presentado por: Aetna Consumer Markets