 

3505 Cadillac Ave, Suite O-201, Costa Mesa, CA 92626

Phone: (844) 322-6632 Fax: (714) 241-9279

MEC/TRANSCHOICE/MVP FORMA DE REGISTRACION DEL EMPLEADO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION DEL EMPLEADOR** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Empleador: |  | | | | | | DIVISION: | | |  | | | |
| Fecha de Contratación: |  | Ocupación: | |  | | | Fecha Efectiva: | | |  | | | |
| **INFORMACION DEL EMPLEADO** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | Apellido: | |  | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: |  | | Sexo: | 🞎 M 🞎 F | | Estado civil: | | 🞎 Soltero(a) 🞎 Casado(a) 🞎 Divorciado(a) | | | | | |
| Seguro Social# |  | | Teléfono: | |  | | | Email: | | |  | | |
| Dirección: |  | | | | | | | Apartmento #: | | | |  | |
| Ciudad: |  | | | | | Estado: |  | Códico Zip: | | | |  | |
| Selección de Plan: | 🞎 MEC 🞎 TRANSCHOICE 🞎 MVP  🞎 DECLINO | | | | | Beneficios Adicionales | | | N/A | | | | |
| **INFORMACION DE DEPENDIENTES** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | Apellido | | Fecha de Nacimiento | | Sexo | Seguro Social | | Relación | | | | Elección | |
|  |  | |  | | 🞎 M  🞎 F |  | | 🞎 Cónyuge  🞎 Hijo(a) | | | | 🞎ENROLAR 🞎DECLINAR | |
|  |  | |  | | 🞎 M  🞎 F |  | | 🞎 Hijo(a) | | | | 🞎ENROLAR 🞎DECLINAR | |
|  |  | |  | | 🞎 M  🞎 F |  | | 🞎 Hijo(a) | | | | 🞎ENROLAR 🞎DECLINAR | |
|  |  | |  | | 🞎 M  🞎 F |  | | 🞎 Hijo(a) | | | | 🞎ENROLAR 🞎DECLINAR | |
| **RECONOCIMIENTO LEGAL** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Entiendo que si la información anterior no es completa o correcta, esta cobertura podría ser cancelada retroactivamente. | | | | | | | | | | | | Iniciales: |  |
| 1. Entiendo que si rechazo la cobertura ahora y después quiero matricularme o a mis dependientes, solo puedo agregar cobertura para mí o para mis dependientes si me inscribo para recibir cobertura dentro de los 30 días de un Evento de Inscripción Especial de HIPAA o en el Siguiente período de inscripción abierta. | | | | | | | | | | | | Iniciales: |  |
| 1. Entiendo que se requiere inscripción en la Cobertura Mínima Esencial (MEC) o MVP para evitar la Pena de Mandato Individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible del Paciente (ACA). Al declinar esta cobertura puedo ser responsable de una multa de 2,5% de mis ingresos o $ 695 por persona en mi familia en 2017. | | | | | | | | | | | | Iniciales: |  |
| 1. Entiendo que puedo rechazar este plan y seguir comprando un plan en la Bolsa Estatal de Cuidado de la Salud, sin embargo, puedo no ser elegible para recibir un subsidio. También puedo ser elegible para MediCal / Medicaid. | | | | | | | | | | | | Iniciales: |  |
| 1. Entiendo que el plan MEC Choice y Limited Medical pueden excluir alguna cobertura normalmente asociada con los planes de seguro de salud. El plan del MEC sólo cubre los servicios preventivos. | | | | | | | | | | | | Iniciales: |  |
| 1. Autorizo a mi empleador a deducir mi parte de las primas de mi cheque de pago. Firma confirma la recepción de una oferta de beneficios de salud creíble y asequible para 2017. | | | | | | | | | | | | Iniciales: |  |
| **FIRMA:** |  | | | | | | | **FECHA:** | | | |  | |

**FORM MCFSLRXQ101016**

|  |
| --- |
| **SI USTED ESTÁ REGISTRANDOSE EN EL PLAN MVP DEBE FIRMAR ABAJO.**  **FIRMA REQUERIDA / AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE**  **INFORMACIÓN MEDICA PARA LA INSCRIPCIÓN** |
| Por la presente autorizo ​​a los médicos, médicos, hospitales, clínicas, instalaciones de administración de veteranos, servicios de información médica, centros de atención de urgencia, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, plan de salud y otras entidades médicas o médicamente relacionadas, compañías de seguros o reaseguros, Agencias que tienen información disponible sobre la condición de salud física actual o anterior, incluyendo drogas o alcohol o abuso doméstico, y / o tratamiento de mí o de mis dependientes para liberar cualquier información, incluyendo pero no limitado a expedientes médicos, Notas del proveedor de atención médica, pruebas y resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamiento y pronósticos. Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización puede usarse para determinar la elegibilidad para la emisión de cobertura de salud y elegibilidad para beneficios bajo la cobertura de salud existente para mí y mis dependientes. Esta autorización no es aplicable a notas de psicoterapia. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original y que esta autorización será válida por 2 años y medio a partir de la fecha que se muestra a continuación. Además entiendo que la información que autorizo ​​a una persona o entidad para obtener y usar puede ser re-divulgada y ya no protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, a menos que se hayan tomado medidas en dependencia de mi autorización. Dado que esta autorización se otorga como condición para obtener cobertura, mi revocación no impedirá al Asegurador y / o Patrocinador del Plan el derecho a impugnar una reclamación si otra ley así lo permite. Si me niego a firmar esta autorización, entiendo que puede afectar mi inscripción en el plan de beneficios. Todas las páginas deben estar adjuntas y completas, incluyendo esta autorización para que la solicitud sea considerada completa. Las solicitudes incompletas pueden ser rechazadas.  **Firma X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (requirida)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si es firmado por un representante del afiliado,  indique la autoridad del representante para actuar en nombre del afiliado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SI ESTÁ DECLINANDO EN EL PLAN MVP, DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN**  **FIRMA REQUERIDA** |
| La Ley de Cuidado de Salud Asequible del Paciente (PPACA, por sus siglas en inglés) requiere que ciertos empleadores ofrezcan un plan médico patrocinado por el empleador con cierto nivel de beneficios, y a un costo determinado. Este plan debe estar disponible para los empleados que trabajan regularmente horas de tiempo completo según lo definido por PPACA. Al completar este formulario, usted está eligiendo rechazar el Plan MVP de mi Empleador.  Por la presente reconozco que me ofrecieron cobertura bajo el Plan MVP de mi empleador, que ofrece un valor mínimo, cumple con la definición de PPACA de asequible y también incluye la cobertura esencial mínima. Por la presente, reconozco que a través de esta oferta, no soy elegible para recibir un subsidio para un plan en la Bolsa Estatal de Salud. Por la presente, libero y exonero a mi Patrón, a sus oficiales, agentes y empleados de cualquier responsabilidad derivada del hecho de que rechazé la inscripción bajo el Plan MVP de mi Empleador y por este medio renuncio a cualquier derecho que se le otorgue dicha cobertura.  **Forma de Declinación**  **Nombre completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\* SÓLO COMPLETE Y FIRME A CONTINUACIÓN SI SE DECLINA LA COBERTURA \*\*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico**  **Verificar la razón:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estoy cubierto bajo otro plan de salud grupal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estoy cubierto bajo un plan individual  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (requirida) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si es firmado por un representante del afiliado,  indique la autoridad del representante para actuar en nombre del afiliado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |