

Empleado Solicitud de inscripción

Objetivo
Agregar empleados al plan grupal.

Enviar
Firmar y enviar por fax ambas páginas: 1-858-499-8399



Si necesita asistencia, estamos aquí para ayudarlo.
También puede enviar un correo electrónico a Atención al Cliente a customer.service@sharp.com o llamar al 1-800-359-2002.

Uso exclusivo del empleador

Nombre del grupo:	Número de grupo:	Fecha de vigencia (MM/DD/AA):
-------------------	------------------	-------------------------------

Motivo de esta solicitud

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva contratación (fecha de contratación) _____ | <input type="checkbox"/> Evento que califica (adjunte prueba) |
| <input type="checkbox"/> Recontratación (fecha de recontratación) _____ | <input type="checkbox"/> Cambio de nombre (enumere el cambio a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Inscripción abierta | <input type="checkbox"/> Cambio de dirección o teléfono (enumere el cambio a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Agregar cobertura de dependientes (enumere los nombres a continuación) | <input type="checkbox"/> Cambio de médico de atención primaria (enumere el cambio a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Eliminar cobertura de dependientes (enumere los nombres a continuación) | <input type="checkbox"/> Cancelación de cobertura |
| <input type="checkbox"/> Cal-COBRA | Fecha de la cancelación: _____ |
| <input type="checkbox"/> COBRA | Firma del empleador: <u>X</u> _____ |

Indique la cobertura a continuación (marque un nivel de cobertura)

- Solo empleado Empleado y cónyuge/pareja doméstica Empleado y niños Empleado y familia

Selección de plan y red

Plan: _____ Red: Choice Value Performance Premier

Información del empleado

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja registrada (inscrita en la Sec. de Estado de CA o agencia equivalente) <input type="checkbox"/> Pareja no registrada (requiere aprobación del empleador)	
Número de teléfono particular:	Dirección de correo electrónico:	Idioma preferido:	
Dirección (no debe ser P.O. Box):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

Información del empleador

Nombre del empleador:	Cargo/ocupación:	Cantidad de horas de trabajo por semana:	¿Se encuentra laboralmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------	------------------	--	---

Información de atención primaria

Para buscar un médico afiliado a Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades y su NPI de proveedor, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Nombre del médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno):	NPI del proveedor:	¿Es usted un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--------------------	---

Información de dependientes

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Sexo: M/F	Médico de atención primaria (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará uno):	¿Paciente actual? Sí/No
Cónyuge:					
Pareja doméstica:					
¿Se presentó una declaración jurada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Hijo:					
Hijo:					
Hijo:					
Hijo:					

¿Alguno de los dependientes mencionados arriba tiene una dirección diferente de la del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde "Sí", complete otra dirección más abajo).		
Nombres y direcciones que son diferentes:		
Otra cobertura médica		
¿Usted o sus dependientes tienen la intención de continuar con otra cobertura médica o de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente		
Nombre del asegurado:	Dependientes inscritos en otra cobertura médica:	
Nombre de la otra compañía de seguros:	Número de grupo/Número de póliza:	Fecha de inicio de la cobertura (MM/DD/AA):
Divulgaciones y firmas		
Lea la siguiente información cuidadosamente antes de firmar.		
Delta Dental of California		
Entiendo que soy responsable del pago de la prima requerida y del cumplimiento de todas las disposiciones y condiciones del formulario/contrato de divulgación.		
Por la presente autorizo a mi profesional o institución de atención médica o dental a dar a conocer a un representante de Delta Dental of California cualquier información personal, información privilegiada o registros médicos, lo que incluye, entre otras cosas, mis registros de paciente, historias clínicas, radiografías, historial de diagnósticos, registros de facturación, resúmenes clínicos o copias de consultas. La información autorizada conforme a la presente puede ser utilizada para la determinación de beneficios, control de calidad, revisión de utilización, resolución de quejas, o investigación o cumplimiento de los acuerdos de proveedor de Delta Dental of California o de las leyes locales, estatales o federales. Esta autorización es válida durante la vigencia de la cobertura.		
DERECHO AL REEMBOLSO: Yo, en nombre de los dependientes indicados en esta solicitud de inscripción, acepto por la presente que en el caso de que otra parte tenga la responsabilidad primaria de pagar algún servicio dental que yo reciba o que se brinde a mis dependientes cubiertos por Delta Dental of California, debido a otra cobertura dental, informaré plenamente a Delta Dental of California y ejecutaré las asignaciones, los gravámenes y otros documentos que sean necesarios para que Delta Dental of California pueda recuperar el valor de los servicios y suministros brindados.		
AVISO: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.		
Sharp Health Plan		
RECONOZCO LO SIGUIENTE: Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos la contribución requerida (si la hubiere) para cubrir la parte que me corresponde pagar de la prima. Certifico que trabajo actualmente en la sede del empleador como empleado permanente. Entiendo que mis dependientes y yo debemos vivir o trabajar dentro del área de servicio del plan para poder inscribirnos en Sharp Health Plan.		
Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura y que no contaré con cobertura a menos y hasta que esta solicitud y la solicitud presentada por mi empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Sharp Health Plan.		
Entiendo que las leyes de California prohíben a los planes de atención médica solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.		
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA. LEA CON ATENCIÓN ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN. Sharp Health Plan está autorizado a obtener y divulgar información médica de conformidad con la Ley de Confidencialidad de la Información Médica, Sección 56 y sig. del Código Civil de California.		
Por la presente autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, hospital, clínica u otro establecimiento médico o relacionado con la atención médica a proporcionar a cualquier agente, persona designada o representante de Sharp Health Plan, todos y cada uno de los registros relativos a mi historia clínica, servicios prestados o tratamientos brindados a cualquiera de las personas inscritas conforme a la presente, o agregadas posteriormente, con el objetivo de revisar, investigar o evaluar cualquier solicitud o reclamación. Autorizo a Sharp Health Plan, o sus agentes, personas designadas o representantes, a divulgar a un plan de servicios de atención médica, hospital o autoaseguradora cualquier información médica obtenida si dicha divulgación es necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamación. Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá en vigor durante 30 meses para permitir la evaluación de la presente autorización, o durante la vigencia de cobertura para permitir el procesamiento de reclamaciones. La fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.		
DECLARACIÓN FALSA: He leído y comprendido las disposiciones explicadas en este formulario. Toda la información que he brindado en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que la emisión de la cobertura conforme al plan se basa en dicha información.		
Aceptación de arbitraje		
Afirmo que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y está completa. Por la presente acepto las condiciones de inscripción de esta solicitud. Entiendo que cualquier disputa o controversia que surja con respecto a la aplicación, interpretación o incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y yo (o cualquier dependiente inscrito), ya sea que surgiera del contrato, extracontractualmente o de otro modo, debe someterse a arbitraje en lugar de un juicio ante un jurado, o en tribunales, si no se resuelve satisfactoriamente a través del proceso de quejas de Sharp Health Plan.		
Nombre del empleado (en letra de imprenta):	Firma del empleado: X	Fecha (MM/DD/AA):

Rechazo de cobertura	
Se me ha notificado que mis dependientes elegibles y yo reunimos los requisitos para inscribirnos en el plan de beneficios de salud de mi empleador. Al mencionar a las personas para quienes rechazo la cobertura y al colocar mi firma a continuación, rechazo de manera voluntaria inscribirme o inscribir a las personas mencionadas y reconozco que mi decisión de no elegir la cobertura permite que el plan de beneficios de salud de mi empleador me imponga una exclusión de cobertura hasta el período de inscripción abierta si estas personas o yo solicitamos la cobertura más adelante.	
INGRESAR 1 O 2 ABAJO:	
N.º 1: La persona que rechaza la cobertura Sí tiene otro plan de beneficios de salud del empleador, Medicare, Medi-Cal, cobertura militar o transfronteriza.	
N.º 2: La persona que rechaza la cobertura NO tiene una de las coberturas enumeradas en el n.º 1.	
#	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
#	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
#	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):
Firma del empleado: X	Fecha (MM/DD/AA):