



Planes de Salud de Preferred Care

Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios

TÉRMINOS DE LA PARTICIPACIÓN

Lea cuidadosamente los siguientes términos. Su firma en este formulario indica su aceptación de todos los términos siguientes:

Comprendo que la fecha de vigencia de la cobertura es cuando puedo empezar a usar los Servicios de los Planes de Salud de Preferred Care/Preferred Assurance (Preferred Care). Preferred Care me enviará una confirmación de mi inscripción.

Al inscribirme en un Plan de Salud de Preferred Care, autorizo a Preferred Care a utilizar o divulgar mi información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operación relacionada con el cuidado de mi salud, a menos que de otra forma, sea exigido por la ley. Estos fines incluyen, pero no se limitan a prevención y manejo de enfermedades, coordinación de tratamientos y beneficios, utilización y revisión de peticiones, medición y evaluación de calidad, quejas y apelaciones, acreditación, por la duración de este contrato.

Si soy miembro de un plan Preferred Care HMO (cubierto por HMO, Inc. del área de Rochester), entiendo que es mi responsabilidad informar a Preferred Care antes de mudarme o dejar permanentemente el área de servicio por más de tres (3) meses consecutivos. También comprendo que si me encuentro ausente del área de servicio por más de tres (3) meses consecutivos, Preferred Care podría exigir la cancelación de mi inscripción a menos que haya presentado una Renuncia por abandono del área de servicio. HMO del área de Rochester es una subsidiaria de Preferred Care, Inc.

Si soy miembro de un plan de Preferred Care USdirect PPO (cubierto por Preferred Assurance Co., Inc), entiendo que no estoy obligado a seleccionar un Médico de Atención Primaria, sin embargo, es mi responsabilidad trabajar con un médico para obtener cualquier precertificación necesaria de Preferred Care. Entiendo que si fracaso en la obtención de las precertificaciones habrá una reducción de beneficios. Revisaré el Certificado de mi Plan Preferred Care USdirect PPO para comprender mi responsabilidad y el efecto que tiene en mi cobertura. Preferred Assurance Co., Inc. es subsidiaria de Preferred Care, Inc.

Comprendo que puedo solicitar inscribirme a un plan de salud que incluya una limitación de Condición de preexistencia (por ejemplo: Direct Bill, Chamber and Association Groups) y que deberé atenerme a las limitaciones y condiciones establecidas en mi contrato o certificado que correspondan a esta limitación.

He sido informado de que mi suscripción a Preferred Care puede ser cancelada en cualquier momento. Para cancelar la cobertura debo escribir a mi grupo empleador o, si estoy inscrito en Healthy New York, Personal Plan o Direct Bill Plan, debo escribir a Preferred Care.

Si soy elegible para Medicare Parte B, entiendo que eligiendo un plan de salud comercial sin tomar también Medicare Parte B podría tener repercusiones financieras serias que pueden incluir limitaciones a mi cobertura. He leído mi folleto Medicare and You y comprendo la información que contiene con relación a la coordinación de beneficios y exclusiones. Revisaré la sección Exclusiones, Limitaciones y Servicios Sin Cobertura en mi Certificado/Contrato del Plan de Salud de Preferred Care para entender el efecto que tiene en mi cobertura.

POR FAVOR, NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A PREFERRED CARE Y A SU EMPLEADOR CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO O SI ESTÁ CUBIERTO POR OTRO PLAN DE SALUD.

Entiendo que esta inscripción y subsecuente aceptación del servicio por mí, mi cónyuge y/o mis dependientes elegibles están sujetas a los términos de los Certificados y/o Contratos de Preferred Care/Preferred Assurance. Autorizo a mi empleador a deducir la cantidad necesaria para pagar mi cobertura de Preferred Care, por anticipado, de sueldos ganados o acumulados que se me adeuden, y remitir lo mismo a Preferred Care. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra institución o proveedor médico a proporcionar a Preferred Care cualquiera y todos mis registros e información con relación a los servicios solicitados o recibidos mientras cualesquiera de las personas indicadas en la lista de este formulario sean miembros de Preferred Care.

Cómo completar su Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios de Preferred Care

Preferred Care está dedicada a simplificar y facilitar su trabajo con nosotros. Para ayudarle a completar su Formulario de Solicitud de Inscripción/Cambios de Preferred Care, le presentamos algunas directrices a continuación.

Selección de su Médico de Atención Primaria (MAP)

Si está inscrito en Preferred Care o está haciendo cambios en su plan de salud, es muy importante que seleccione un Médico de Atención Primaria (MAP) a cargo de su atención. También se recomienda a nuestros miembros de sexo femenino que seleccionen un(a) Ginecólogo(a)/Obstetra. Los miembros de Preferred Care USdirect PPO no necesitan seleccionar un MAP.

- Para recibir ayuda en la elección de su MAP, consulte la sección *"How can I choose the PCP that's right for me?"* (*¿Cómo puedo elegir el MAP adecuado para mí?*) en su Directorio de Profesionales de la Salud de Preferred Care.
- Encontrará una lista de MAPs y Ginecólogos(as)/Obstetras en la parte frontal de su Directorio de Profesionales de la Salud de Preferred Care.
- Puede buscar un MAP en el sitio Web de Preferred Care: www.preferredcare.org. Sólo haga clic en la ficha "Find a Doctor" ("Buscar un Doctor") para iniciar su búsqueda.
- También puede llamar al Servicio para Miembros de Preferred Care para obtener ayuda en la elección de su MAP. Los representantes están disponibles de 7 A.M. a 8 P.M. (hora estándar del este), de lunes a viernes en el número (585) 325-3113 ó (800) 950-3224. Los usuarios de TTY pueden llamar al (585) 325-2629 ó (800) 252-2452.
- Si el MAP que ha elegido no está aceptando pacientes nuevos en ese momento, llame a ese médico para asegurarse de ser aceptado antes de inscribir su nombre en la solicitud.

Asegúrese de incluir el nombre y número de secuencia de su Médico de Atención Primaria en el formulario de inscripción. El número de secuencia es el número de seis dígitos a la izquierda del nombre del médico en el directorio de proveedores.

Por favor, indique su selección de MAP y el correspondiente número de secuencia de seis dígitos en su formulario de inscripción en la "Sección 2 Selección del Médico de Atención Primaria (MAP)". Si no indica un MAP en el formulario de inscripción para usted y sus dependientes, puede que no sean elegibles para cobertura bajo su plan de salud de Preferred Care.

Inscripción en un Plan de Salud de Preferred Care – Complete la **Sección 3A** de la solicitud de inscripción.

Si se inscribe en un plan de salud de Preferred Care, haga lo siguiente:

- Marque el casillero "Inscripción" en la parte superior de la página.
- Seleccione el plan de salud de Preferred Care para inscribirse. Marque el casillero al lado del plan de salud que desea.
- Marque el nivel de cobertura que necesita – individual, bipersonal, empleado + hijos o familiar.
- Indique el nombre y número de secuencia de su MAP (Y GINECÓLOGO/OBSTETRA si corresponde) en la **Sección 2**.
- Asegúrese de completar la **Sección 5**, al reverso del formulario, para los dependientes, incluyendo la selección de MAP.
- Coloque su firma y la fecha en la **Sección 4** del formulario.

Cambios en su plan de salud de Preferred Care – Complete la **Sección 3B** de la solicitud de inscripción.

Si desea hacer cambios en su plan de salud de Preferred Care, debe hacer lo siguiente:

- Marque el casillero "Cambio" en la parte superior de la página.
- Indique el nombre y número de secuencia de su MAP (Y GINECÓLOGO/OBSTETRA si corresponde) en la **Sección 2**.
- Si está haciendo cambios en el plan de salud en el cual está inscrito:
 - Asegúrese de marcar el casillero al lado de su nuevo plan de salud de Preferred Care en la **Sección 3A**.
 - Marque el nivel de cobertura que necesita – individual, bipersonal, empleado + hijos o familiar.
- Si está cambiando su estado familiar:
 - Marque el casillero para indicar si está agregando o eliminando un dependiente.
 - Asegúrese de completar la **Sección 5**, al reverso del formulario, para los dependientes, incluyendo la selección de MAP. Dependiendo de lo que desea, marque "agregar" o "cancelar".
 - Marque el casillero para indicar su nivel de cobertura antigua y el nuevo nivel de cobertura.
 - Marque el casillero para indicar la razón del cambio.
- Coloque su firma y la fecha en la **Sección 4** del formulario.

Cancelación de su plan de salud de Preferred Care – Complete la **Sección 3C** de la solicitud de inscripción.

Si está cancelando su plan de salud de Preferred Care, debe hacer lo siguiente:

- Marque el casillero "Cancelación" en la parte superior de la página.
- Coloque su firma y la fecha en la **Sección 4** del formulario.



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN/CAMBIO

Acción solicitada: Inscripción (Complete Sección 3-A) Cambio (Complete Sección 3-B) Cancelación (Complete Sección 3-C)

DEBE COMPLETAR GRUPO EMPLEADOR	NOMBRE DEL GRUPO	NÚMERO DE DIVISIÓN	FECHA VIGENCIA COBERTURA / /	VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (se requiere iniciales)
--------------------------------	------------------	--------------------	---------------------------------	--

Sección Nº 1 Información del suscriptor – El solicitante debe completar la información de miembro en la sección Nº 5 para los dependientes

APELLIDO:	NOMBRES:	Nº SEGURIDAD SOCIAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:	FECHA NACIMIENTO: / /	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO:
EMPLEADOR:	FECHA INICIO EMPLEO (SI CORRESPONDE):	<input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> JUBILADO

Sección Nº 2 Selección del Médico Atención Primaria (MAP) – Debe seleccionar un MAP para que Preferred Care administre cobertura bajo su plan de salud de Preferred Care a menos que sea miembro de Preferred Care USdirect. Para más información, vea “Selección de su Médico Atención Primaria (MAP)” en la página 2.

NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR (Obligación)	ID/Nº SECUENCIA DEL PROVEEDOR	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:		
GINECÓLOGO(A)/OBSTETRA:		

Sección Nº 3 Tipo de Plan y acción solicitada – Los solicitantes deben completar la sección A, B o C para que la solicitud sea procesada

<p>A. Solicitud de inscripción – marque sólo un casillero: (Complete esta sección si es nuevo, vuelve a Preferred Care o recibe cobertura por un nuevo empleador)</p> <p>ME SUSCRIBO AL SIGUIENTE PLAN:</p> <p>Group HMO:</p> <p><input type="checkbox"/> Opportunity <input type="checkbox"/> TriVantage (Seleccione uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Basix <input type="checkbox"/> Active Lifestyles</p> <p><input type="checkbox"/> Community <input type="checkbox"/> Family Focus</p> <p><input type="checkbox"/> Comprehensive <input type="checkbox"/> Healthy Alternatives</p> <p><input type="checkbox"/> Healthy New York</p> <p>POS Plan:</p> <p><input type="checkbox"/> Opportunity Access Plus <input type="checkbox"/> USdirect</p> <p><input type="checkbox"/> Basix Access Plus</p> <p><input type="checkbox"/> Community Access Plus</p> <p><input type="checkbox"/> Preferred Access Plus</p> <p><input type="checkbox"/> TriVantage Plus</p> <p>Direct Bill:</p> <p><input type="checkbox"/> Personal Plan (HMO)</p> <p><input type="checkbox"/> Personal Plan (POS)</p> <p><input type="checkbox"/> Healthy New York</p> <p>CareFund:</p> <p><input type="checkbox"/> HRA</p> <p><input type="checkbox"/> HSA</p> <hr/> <p>Nivel de cobertura solicitado:</p> <p><input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Empleado+hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Bipersonal <input type="checkbox"/> Familiar</p>	<p>B. Solicitud de cambio: (Complete esta sección si tiene un plan de salud de Preferred Care con su empleador actual que requiere revisión)</p> <p>HAGO UN CAMBIO A MI COBERTURA:</p> <p>1. Cambio solicitado:</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio Tipo Plan de Salud (Marque plan de salud deseado en Sección A a la izquierda)</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de estado familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar dependiente(s) (Complete Sección Nº 5)</p> <p><input type="checkbox"/> Eliminar dependiente(s) (Complete Sección Nº 5)</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de información (nuevo nombre, nueva dirección, etc. complete Sección 1 con la nueva información)</p> <p>2. Razón del cambio: (marque todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación</p> <p><input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción <input type="checkbox"/> Muerte</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>3. Cobertura actual: Nueva cobertura solicitada:</p> <p><input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Individual</p> <p><input type="checkbox"/> Bipersonal <input type="checkbox"/> Bipersonal</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado+hijos <input type="checkbox"/> Empleado+hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Familiar</p> <p>4. Fecha vigencia del cambio: _____</p>	<p>C. Cancelación de cobertura: (Complete esta sección si cancela su plan de salud de Preferred Care)</p> <p>CANCELO MI COBERTURA DE SALUD</p> <p>Indique razón (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Inscripción abierta</p> <p><input type="checkbox"/> Término empleo</p> <p><input type="checkbox"/> Despido involuntario</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio a un plan de salud diferente</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio al plan del cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Se mudó a otra área</p> <p><input type="checkbox"/> Muerte del empleado</p> <p><input type="checkbox"/> El empleador ya no ofrece Preferred Care</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Fecha vigencia de la cancelación: _____</p>
--	---	---

Sección Nº 4 Firma del asegurado – El solicitante debe leer los Términos de la Participación, poner su firma y fecha (abajo)

Si he solicitado inscribirme a un plan HMO, comprendo que desde el inicio de la fecha de vigencia, debo recibir toda mi atención de salud de los Proveedores participantes de Preferred Care con excepción de la atención de emergencia y urgencia cuando esté lejos de casa. Entiendo que los servicios autorizados por Preferred Care tendrán cobertura. También comprendo que sin autorización (con excepción de los Servicios de Emergencia), PREFERRED CARE NO PAGARÁ LOS SERVICIOS. **Comprendo que debo seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP) quien debe coordinar mi atención para la administración apropiada de mis beneficios bajo la cobertura de Preferred Care HMO.** También comprendo que, si solicito la cobertura Preferred Care POS, que incluye Tir/Vantage Healthy Alternatives, estoy comprando un plan de seguro en adición a mi cobertura de Preferred Care HMO. Entiendo que mi firma en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. También comprendo que estoy solicitando un Plan de Salud de Preferred Care, tal como se especifica en mi solicitud, que está sujeto a las reglas y directrices especificadas en el certificado o contrato.

Si he solicitado un plan USdirect PPO, comprendo que es mi responsabilidad trabajar con mi médico y Preferred Care para obtener la precertificación necesaria. Yo declaro que toda la información entregada por mí en este formulario es verdadera y completa de acuerdo a mi conocimiento. *Cualquier persona que, bajo conocimiento e intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona que presente una solicitud para seguro o declaración de petición conteniendo cualquier información material falsa o haya ocultado información con el fin de conducir a malinterpretación con información concerniente a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento que constituye un crimen y debe estar sujeto a sanción civil que no excede a cinco mil dólares americanos (\$5.000) y el valor establecido de la petición por cada violación.*

FIRMA DEL SUSCRIPTOR: _____ FECHA: _____

Sección Nº 5 Información del asegurado – Esta sección debe ser completada por los dependientes que se agregan o cancelan incluyendo la selección de MAP (No se requiere MAP para miembros de PPO) (si la cobertura incluye un niño en situación de pre-adopción, un dependiente discapacitado, un nieto o se agrega una pareja doméstica, por favor contáctese con su empleador para obtener autorización)

NOMBRE DEL CÓNYUGE O PAREJA DOMÉSTICA (Apellido si es diferente) (Nombres)	RELACIÓN	SEXO	Nº SEGURIDAD SOCIAL	FECHA NACIMIENTO		
	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CANCELAR						
NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR (Obligatorio)		IDENTIFICACIÓN/Nº SECUENCIA PROVEEDOR (Consulte el Directorio de proveedores)		DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR		
Médico Atención Primaria						
Ginecólogo(a)/Obstetra						
NOMBRE DEPENDIENTE (Apellido si es diferente) (Nombres)	RELACIÓN	SEXO	Nº SEGURIDAD SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO MAYOR DE 19 (12 horas +)	¿Es elegible para seguro a través de su propio empleador?
	<input type="checkbox"/> Hija o hijo <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Nombre Institución Educativa _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Empleador _____
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CANCELAR						
NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR (Obligatorio)		IDENTIFICACIÓN/Nº SECUENCIA PROVEEDOR (Consulte el Directorio de proveedores)		DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR		
Médico Atención Primaria						
Ginecólogo(a)/Obstetra						
NOMBRE DEPENDIENTE (Apellido si es diferente) (Nombres)	RELACIÓN	SEXO	Nº SEGURIDAD SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO MAYOR DE 19 (12 horas +)	¿Es elegible para seguro a través de su propio empleador?
	<input type="checkbox"/> Hija o hijo <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Nombre Institución Educativa _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Empleador _____
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CANCELAR						
NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR (Obligatorio)		IDENTIFICACIÓN/Nº SECUENCIA PROVEEDOR (Consulte el Directorio de proveedores)		DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR		
Médico Atención Primaria						
Ginecólogo(a)/Obstetra						
NOMBRE DEPENDIENTE (Apellido si es diferente) (Nombres)	RELACIÓN	SEXO	Nº SEGURIDAD SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO MAYOR DE 19 (12 horas +)	¿Es elegible para seguro a través de su propio empleador?
	<input type="checkbox"/> Hija o hijo <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Nombre Institución Educativa _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Empleador _____
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CANCELAR						
NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR (Obligatorio)		IDENTIFICACIÓN/Nº SECUENCIA PROVEEDOR (Consulte el Directorio de proveedores)		DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR		
Médico Atención Primaria						
Ginecólogo(a)/Obstetra						

Ginecólogo(a)/Obstetra						
NOMBRE DEPENDIENTE (Apellido si es diferente) (Nombres)	RELACIÓN	SEXO	Nº SEGURIDAD SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO MAYOR DE 19 (12 horas +)	¿Es elegible para seguro a través de su propio empleador?
	<input type="checkbox"/> Hija o hijo <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Nombre Institución Educativa _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Empleador _____
<input type="checkbox"/> AGREGAR <input type="checkbox"/> CANCELAR						
NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR (Obligatorio)		IDENTIFICACIÓN/Nº SECUENCIA PROVEEDOR (Consulte el Directorio de proveedores)		DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR		
Médico Atención Primaria						
Ginecólogo(a)/Obstetra						

Para dependientes adicionales, escríbalos en una lista en otro papel y adjúntelo al formulario – incluya toda la información pertinente según se indica arriba.

Sólo uso de Preferred Care	Confirmación	Número División	Fecha ingreso	Fecha Vigencia Cobertura	Verificación Procesador