



HEALTH PLANS

10421 South Jordan Gateway, Suite 400
South Jordan, Utah 84095

GRUPO PEQUEÑO (2-24)

Forma de Matrícula

(Necesita seleccionar un doctor de cabecera)
 Mountain
 Mountain Plus

(No necesita doctor de cabecera)
 Peak Peak Plus
 Peak Plus Traditional Otro _____
 Peak Plus Extended

For Office Use Only

Group No. _____
Effective _____
Date _____
PEC _____
New Hire Waiting _____
Period _____

IMPORTANTE: LA FALTA DE INFORMACIÓN DEMORARÁ SU MATRÍCULA. Si tiene alguna pregunta en cuanto a esta aplicación de matrícula, por favor, llame a la Oficina de Servicio al Cliente al 323-6200, o libre de cargos al 800-377-4161.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Empleador: _____ Fecha de Empleo: _____ Fecha de Re-empleo: _____ Cobertura Ud. Cónyuge Hijo(s) COBRA Continuidad de Cobertura Fecha de Vigencia

Ubicación: _____ ¿Es esa una división? Si No

"Si" es así, nombre de la compañía controladora: _____

Plan Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------	-------

SECCIÓN B - EMPLEADO

- ❖ **Mountain:** Usted tendrá que nombrar al médico de cabecera de cada miembro de la familia (MC) y el código del doctor es el número digito en paréntesis al lado de cada médico de cabecera (MC) en la lista regional del proveedor. Todo cuidado debe recibirse mediante su médico indicado.
- ❖ **Peak Plus/Traditional/Extended:** No se requiere que nombre al (MC) sin embargo, diríjase por favor a la lista de acceso abierto del proveedor para los proveedores participantes.
- ❖ **Todos los Planes:** Si cubren a los dependientes debido a una orden de la corte, adjunte la copia de documentación de la corte. Por favor, incluya la dirección y número de teléfono si es diferente al asegurado: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Medio: _____ Título de Trabajo: _____ Horas por Semana: _____

Estado Civil: Divorciado/a Casado/a Soltero/a Viudo/a

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Núm de Apt.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: () _____ Teléfono de Oficina: () _____

Empleador del Cónyuge: _____ Teléfono del Cónyuge: () _____

SECCIÓN C - OTRA COBERTURA DE SEGURO

¿Se encuentra ud. o alguno de sus dependientes desabilitado? Si No Si es así, sírvase escribir el nombre: _____

¿Tiene ud. o sus dependientes otro seguro de salud? Seguro Médico Rx Medicare Nombre del Portador: _____ # de Teléfono: () _____

Nombre del Poseedor de Póliza: _____ Número de Póliza: _____ Fecha Vigente de Cobertura: _____

Nombre(s) de los Dependientes Asegurados: _____

Si esa cobertura es proveída para un dependiente de un matrimonio anterior o parentesco. Sírvase adjuntar una copia del documento de la corte que muestra quién es responsable por la aseguranza de cuidado de salud de el/los dependiente(s) para poder determinar cual cobertura es la principal.

SECCIÓN D - INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

Si ha tenido cobertura de salud en los últimos 90 días, su periodo de límite de espera de Condición Preexistente podría ser parcialmente o completamente renunciada al recibir una copia de su Certificado de Cobertura de Credibilidad de su portador previo. Para decidir si esto se aplica a usted, sírvase incluir una copia de su Certificado de Cobertura de Credibilidad. (No es admisible una fotocopia de su tarjeta de identificación de su actual o previo portador.) La presentación de información de cobertura previa no removerá automáticamente ningún límite de Condición Preexistente, sin embargo, la falta en proveer información de cobertura previa causará un límite automático de 9 meses en servicios seleccionados.

SECCIÓN E - SUBSCRIPTOR/DEPENDIENTES

MÉDICO (Mountain Solamente) OTRA COBERTURA

Número de Seguro Social	Office Use Only	Apellido	Nombre	Inicial del Medio	Fecha de Nacimiento	Edad	M/F	Nombre del MC	Código del MC	Médico/a	Rx	Medicare
(1)		Usted										
(2)		Cónyuge										
(3)		Dependiente										
(4)		Dependiente										
(5)		Dependiente										
(6)		Dependiente										

◆ Nota: ¿Escribió los Números del Seguro Social, Nombre del Médico, y Código del Médico?

◆ Si Ud. a marcado la casilla de OTRA COBERTURA, por favor llene completamente la Sección C.

SECCIÓN F

Por este medio autorizo a mi empleador a deducir la contribución requerida de mi salario por los beneficios de Altius. El incumplimiento en reportar cualquier cambio en estado de elegibilidad puede resultar en terminación de la cobertura. Acepto en cumplir los términos de acuerdo al Servicio del Grupo con Altius que contiene los beneficios, limitaciones, y exclusiones pertinentes a mi plan de cuidado de salud. Por este medio autorizo a mis proveedores de cuidado de salud a poner en evidencia la información de mis antecedentes médicos a Altius al grado de decidir la responsabilidad del pago y la cantidad que será pagado y/o para revisión de utilización y propósitos de calidad prometida. Además autorizo a Altius poner en evidencia información de mis registros médicos a el proveedor de cuidado de salud hasta el grado necesario para tratamiento. A petición un Representante de Servicio al Cliente puede explicar la cobertura de mis beneficios. He leído y entendido lo antes citado.

Firma del Subscriptor: _____ Fecha: _____