

# Formulario de modificación

Complete este formulario exclusivamente con tinta negra.

Indique el tipo de acción solicitada:  Alta  Modificación  Baja

RMHP Fax 970-263-5507

Nombre del suscriptor: Apellido	Nombre	IM	N° del seguro social
		N° de ID del socio:	
Empleador:	Fecha de nacimiento: / /		

### Modificación al plan de salud actual

Cambio de dirección: Calle	Ciudad	Estado	CP	Teléfono particular ( )	Teléfono laboral ( )
Cambio de nombre: De	A:				

### Modificación del plan — Modificación de la cobertura a:

Opción de cobertura:  Individual  Empleado+cónyuge  Empleado+hijo(s)  Empleado+cónyuge+hijo(s)

Cambiar el plan a (nombre del plan):

Acceso nacional a una salud óptima (para algún empleado/dependiente que reside fuera de Colorado)  Alta  Baja Fecha de vigencia: (corresponden ciertas condiciones)

### Información de Alta / Baja del dependiente

Alta*	Baja	Fecha	Apellido	Nombre	MI	Seguro Social N°	Sexo M/F	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Relación con el suscriptor	Nombre del médico de cabecera y/o N° ID del médico

\*Para agregar dependientes en planes de grupos de pequeñas empresas con menos de 51 empleados, se requiere una copia del certificado de acreditación de cobertura suministrado por la compañía de seguros anterior

### Razón para el agregado de un dependiente

Matrimonio — si agrega un cónyuge nuevo, indique la fecha de casamiento: \_\_\_\_\_

Nacimiento — indique la fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de alta del hospital del recién nacido: \_\_\_\_\_

Adopción o colocar en adopción. Indique la fecha de la adopción o de la colocación, y entregue la documentación de adopción: \_\_\_\_\_

Cobertura para dependiente(s) ordenada por el tribunal — indique la fecha de la orden y entregue la documentación de la orden del tribunal: \_\_\_\_\_

Inscripción abierta del grupo del empleador

Pérdida de la cobertura anterior del dependiente — (presente pruebas de la pérdida de cobertura, tales como un certificado de acreditación de cobertura HIPAA)

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha en que se perdió la cobertura: \_\_\_\_\_

Razón de la pérdida de cobertura:

Reducción de horas  Terminó la contribución del empleador a la cobertura

Terminación involuntaria de la cobertura anterior  Finalización del empleo o pérdida del derecho a la cobertura

Otra: \_\_\_\_\_

### Razones de la baja / Desvinculación del dependiente

El dependiente no reúne más los requisitos para tener el derecho del hijo dependiente  Fallecimiento del dependiente — entregar copia del certificado de defunción

Inscripción en otra cobertura de salud; indique cuál:  Cobertura grupal  Cobertura individual  Otra \_\_\_\_\_

Divorcio / Separación legal; proporcione por favor la dirección de expedición  No puede pagar la cobertura

¿Esta es una solicitud de baja para un hijo dependiente cuya cobertura es exigida por una orden de un tribunal o administrativa?  Sí  No

Comprendo que si renuncio a la cobertura para mis dependientes (incluyendo mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro, en el futuro, puedo enrolar a mis dependientes (si todavía estoy enrolado) en este plan como lo exige la legislación aplicable, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días de la terminación de la otra cobertura.

CANCELAR DEDUCCIÓN BANCARIA AUTOMÁTICA — FACTURE TRIMESTRALMENTE (Planes de Medicare / Sólo planes PPO individuales)

- Acepto que la inscripción, el derecho, la cobertura y los beneficios de mi plan de salud están sujetos a las políticas y requisitos aplicables, y a todos los términos del contrato correspondiente de mi plan de salud.
- Acepto que la información anterior es verdadera y que autoricé los cambios indicados.

Firma del suscriptor	Fecha
----------------------	-------

Stamp  
Required

---

---

---

---

**ATTN: MEMBERSHIP ENROLLMENT**  
**Rocky Mountain Health Plans**  
**PO Box 10600**  
**Grand Junction, CO 81502-5600**



-----  
Fold

-----  
Fold