

Formulario de Inscripción del Miembro de Nueva York – OHI/New York Member Enrollment Form – OHI



DIRECCIÓN POSTAL/MAILING ADDRESS: P. O. Box 29142, Hot Springs, AR 71903 • 1-800-444-6222

A. Información del grupo (El empleador debe llenar esta sección)/ Group Information (To be completed by the employer)		Escriba en letra de molde legible con un bolígrafo de tinta negra o azul • TODAS LAS FECHAS DEBEN ESTAR EN ESTE FORMATO: MM/DD/AAAA/ Please print neatly using black or blue ballpoint pen • ALL DATES MUST BE: MM/DD/YYYY				
Número del grupo/ Group Number/	Nombre del grupo/ Group Name	CSP del plan/ID del plan/ Plan CSP/Plan ID	Grupo de facturación/ Billing Group	Fecha de contratación/ Date of Hire / /	Fecha de vigencia/ Effective Date / /	Ocupación/Occupation
<input type="checkbox"/> Con permiso para ausentarse/On Leave of Absence <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Empleado sindicado/Union Employee		Evento que califica para COBRA/adulto joven/cont. de parte del estado/ COBRA/ Young Adult/SC Qualifying Event	Fecha del evento/ Event Date / /	Firma del empleador/ Employer Signature X	Fecha/Date / /	
B. Detalles del solicitante (El empleado debe llenar esta sección)/Applicant Details (To be completed by the employee)		Empleado o suscriptor/ Employee/Subscriber	Cónyuge/Spouse	Hijo/Child	Hijo/Child	
Número del Seguro Social/Social Security Number:						
Apellido/Last Name:						
Nombre, inicial del 2.º nombre/First Name, Middle Initial:						
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)/ Date of Birth: (MM/DD/YYYY)		/ /	/ /	/ /	/ /	
Sexo: (Marque las casillas que correspondan)./ Gender: (Check appropriate boxes.)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Número de ID del Médico de Cuidado Primario (Primary Care Physician, PCP)/Primary Care Physician (PCP) ID Number: Nombre del médico de cuidado primario: (Si es un paciente actual del médico de cuidado primario, marque "Si")./ PCP Name: (If an existing patient of PCP, check "Yes".)		_____ _____ <input type="checkbox"/> Si/Yes	_____ _____ <input type="checkbox"/> Si/Yes	_____ _____ <input type="checkbox"/> Si/Yes	_____ _____ <input type="checkbox"/> Si/Yes	
Marque todo lo que corresponda/Check all that apply:			<input type="checkbox"/> Pareja de unión libre/ Domestic Partner	<input type="checkbox"/> Adulto joven/Young Adult	<input type="checkbox"/> Adulto joven/Young Adult	
C. Coordinación de los beneficios/ Coordination of Benefits		Empleado o suscriptor/ Employee/Subscriber	Cónyuge/Spouse	Hijo/Child	Hijo/Child	
Cobertura de Medicare/ Medicare Coverage	Marque la casilla que corresponda e indique la fecha de vigencia/Check appropriate box and list effective date:	<input type="checkbox"/> Parte A/ Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/ Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/ Part D / /	<input type="checkbox"/> Parte A/ Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/ Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/ Part D / /	<input type="checkbox"/> Parte A/ Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/ Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/ Part D / /	<input type="checkbox"/> Parte A/ Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/ Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/ Part D / /	

**C. Coordinación de los beneficios/
Coordination of Benefits**

**Empleado o suscriptor/
Employee/Subscriber**

Cónyuge/Spouse

Hijo/Child

Hijo/Child

Farmacia/Pharmacy
 Igual para todos/Same for all
**Fecha de vigencia/
Effective Date:** / /

Número de póliza/
Policy Number:
Compañía de
seguros/Carrier:
Titular de la póliza/
Policy Holder:
Número de grupo/
Group Number:

BIN:
PCN:

BIN:
PCN:

BIN:
PCN:

BIN:
PCN:

Médica/Medical

Igual para todos/Same for all

Número de póliza/
Policy Number:
Compañía de
seguros/Carrier:
Titular de la póliza/
Policy Holder:
Fecha de vigencia/
Effective Date:

BIN:
PCN:

BIN:
PCN:

BIN:
PCN:

BIN:
PCN:

Entiendo que mis inscripciones y beneficios concuerdan con los descritos en el Certificado de Oxford Health Insurance. Entiendo que, para recibir beneficios dentro de la red, mis dependientes inscritos y yo debemos buscar cuidado a través de nuestro médico de cuidado primario afiliado a Oxford o a través de un médico especialista afiliado a Oxford con una referencia autorizada del médico de cuidado primaria, si es necesario. También entiendo que si no cumpla estos requisitos, solamente podré participar en la cobertura de seguro de salud fuera de la red según las condiciones del Certificado. **Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y dicha persona también estará sujeta a una sanción civil de hasta cinco mil dólares y el valor expreso del reclamo por cada acto de violación de esa índole.** Autorizo a cualquier compañía de seguros o proveedor de salud que entregue a Oxford cualquier registro relacionado con mi persona o cualquiera de mis familiares inscritos sobre quien se solicite información./ I understand that my enrollments and benefits are in accordance with those described in the Oxford Health Insurance Certificate. I understand that, in order to receive in-network benefits, I and any enrolled dependents must seek care through our Oxford affiliated primary care physician or through an Oxford-affiliated specialist physician with an authorized referral from the primary care physician, if required. I further understand that if I do not adhere to these requirements, I will be eligible only for out-of-network health insurance coverage under the terms of the Certificate. **Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.** I authorize any health provider or insurer to furnish Oxford any records concerning me or any enrolled member of my family for whom information is requested.

**Dirección del empleado o adulto joven/
Employee's/Young Adult's Address**

(N.º de apto./Apt #)

Teléfono preferido/Preferred Phone: Residencial/Home Celular/Cell Laboral/Work

Ciudad/City

Estado/State

**Código postal/
ZIP Code**

Teléfono alternativo/Alternate Phone: Residencial/Home Celular/Cell Laboral/Work

Dirección de correo electrónico/Email Address:

Firma del empleado o adulto joven/
Employee's/Young Adult's Signature

Fecha/Date

X