



Solicitud de inscripción individual de Healthy Indiana Plan Buy-In (plan de pago mensual) de MDwise, Inc.

En esta solicitud, "MDwise" se refiere a MDwise Inc. y a toda otra persona u organización que realice servicios comerciales o legales relacionados con esta solicitud.

USTED ES ELEGIBLE PARA SOLICITAR ESTA COBERTURA SOLAMENTE SI CUMPLE CON TODOS ESTOS REQUISITOS:

1. Tiene al menos 19 años de edad o menos de 65 años; y
2. Es residente de Indiana; y
3. Es ciudadano de los Estados Unidos; y
4. No es elegible para una cobertura de seguro médico a través de su empleador. Si usted rechazó la cobertura durante el período de inscripción abierta de su empleador; no es elegible para solicitar esta cobertura; y
5. Ha estado sin seguro médico durante al menos seis meses calendario consecutivos; con excepción de que, si agotó su cobertura de continuación COBRA o perdió su elegibilidad para Medicaid en los seis meses previos, este requisito no aplica; y
6. No es elegible ni está inscrito en los programas Medicare o Medicaid; y
7. No está cubierto por ningún otro plan de salud grupal o individual.

Se le notificarán las acciones efectuadas en los 45 días posteriores a la fecha de su solicitud o se le informará el motivo de la demora.

Debe ser completado personalmente por el solicitante. ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA AZUL O NEGRA

Sección 1: Información del solicitante *(las personas a su cargo no son elegibles para esta cobertura)*

I. NOMBRE:

Apellido

Primer nombre

Iniciales del 2º nombre

ESTADO CIVIL: soltero casado

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: - -

FECHA DE NACIMIENTO: - -
(MM-DD-AA) SEXO: masculino femenino ALTURA: PESO:

2. PRINCIPAL DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE (No se aceptan apartados postales):

Calle y N° Ciudad Estado Código postal

3. NÚMEROS DE TELÉFONO:

Casa

Otro

Mejor número y horarios para llamar

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

4. SU OCUPACIÓN:

SU EMPLEADOR:

FECHA EN QUE FUE CONTRATADO: - -
(MM-DD-AA)

EMPLEADOR ANTERIOR (si fue en los 2 años anteriores):

Sección 2: Selección de proveedor

5. PROVEEDOR MÉDICO PRIMARIO (PMP):

Apellido	Primer nombre	Iniciales del 2° nombre
Calle y N°	Ciudad	Estado
		Código postal

La elección del sistema de prestación está limitada a la participación efectiva por parte del PMP seleccionado. Si el PMP no participa en su sistema de prestación seleccionado, se elegirá un PMP para usted.

6. SELECCIÓN DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN:

7. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA SOLICITADA: - -
(MM-DD-AA)

(Las fechas de entrada en vigencia de la cobertura deben corresponder al primer día del mes. Si se aprueba la solicitud, la fecha de entrada en vigencia más temprana será el primer día del mes siguiente a la fecha en que se aprobó su solicitud, con sujeción a los plazos de procesamiento de inscripciones mensuales).

Sección 3: Otra cobertura

8. En los últimos 6 meses, ¿ha **tenido cobertura** de cualquier tipo de seguro **médico**? Sí No
En caso afirmativo, completar lo siguiente:

NÚMERO DE PÓLIZA/CERTIFICADO: _____

TIPO: individual grupal del empleador corto plazo COBRA Medicaid Medicare otro

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ FECHA DE FINALIZACIÓN: - -
(MM-DD-AA)

Su firma en este documento indica que acepta dar de baja cualquier cobertura existente mencionada arriba, la que será reemplazada.

9. ¿Alguna vez una compañía de seguro de salud o de vida le anuló, rechazó, pospuso o calificó una solicitud o póliza de salud o le cobró una prima adicional por ella, o le modificó la cobertura (incluidas cláusulas de exclusión médica)? Sí No
En caso afirmativo, completar lo siguiente:

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

ACCIÓN EFECTUADA: _____ FECHA: - -
(MM-DD-AA)

MOTIVO PARA LA ACCIÓN: _____

10. Solicité el Healthy Indiana Plan y recibí una carta del Estado en la que decía que no soy elegible (incluir la carta con la solicitud) Sí No

Sección 4: Historia clínica

Las preguntas sobre los antecedentes de salud las debe responder usted.

Deben responderse todas las preguntas o se devolverá la solicitud.

En la sección “**DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA**”, INCLUYA DETALLES COMPLETOS PARA TODAS LAS PREGUNTAS EN LAS QUE HAYA RESPONDIDO “SÍ”.

AVISO: Debe responder las siguientes preguntas de la manera más sincera y completa que pueda. Dependemos de la información que nos brinda para determinar si es elegible para la cobertura o no. Si no está seguro de su afección médica actual, le recomendamos fervientemente que solicite a su(s) médico(s) actual(es) o anterior(es) que le aclare(n) cuál es su afección específica.

Nos reservamos el derecho a revisar todos sus registros médicos para verificar la precisión de su información durante los primeros 24 meses de su cobertura. No obstante, no debe dar por sentado que revisaremos todos sus registros médicos antes de aprobar su solicitud.

Si expedimos la cobertura y luego descubrimos que al responder una pregunta usted falseó u omitió información que conocía, podremos rescindir la cobertura aunque ya haya sido expedida. Eso significa que usted puede perder sus beneficios de salud, incluida la cobertura para tratamientos ya recibidos. La rescisión puede ocurrir incluso si revisamos sus registros médicos o solicitamos una confirmación médica de su información de salud como parte del procesamiento de su solicitud. Incluso si actualmente tiene cobertura de seguro médico, debe revelar por completo y responder todas las preguntas sobre su historia clínica.

11. ¿Está embarazada o espera un hijo? Sí No
12. ¿Su idioma principal es el inglés? Sí No
Si la respuesta es no, ¿cuál es su idioma principal? _____
13. En los últimos 6 meses, ¿le indicaron que tome alguna medicación o recibió asesoramiento o tratamiento médicos de cualquier tipo?..... Sí No
14. En los últimos 5 años, ¿le diagnosticaron o lo trataron por cualquier enfermedad o trastorno de:
- a. huesos, articulaciones o columna?..... Sí No
- b. ojos, oídos o nariz? Sí No
- c. boca, lengua, garganta o mandíbula?..... Sí No
15. En los últimos 5 años, ¿le diagnosticaron o lo trataron por cualquier enfermedad o trastorno de:
- a. vesícula biliar? Sí No
- b. páncreas o hígado?..... Sí No
- c. riñón? Sí No
16. En los últimos 5 años, ¿le diagnosticaron o lo trataron por:
- a. presión arterial alta?..... Sí No
- b. dolor en el pecho? Sí No
- c. dolores de cabeza?..... Sí No
- d. parálisis?..... Sí No
- e. artritis?..... Sí No
- f. convulsiones, crisis convulsivas o epilepsia?..... Sí No
- g. enfermedad o infección de transmisión sexual?..... Sí No
- h. dolor crónico no identificado arriba?..... Sí No
- i. tumor, quiste, pólipo, bulto o crecimiento de cualquier tipo?..... Sí No
17. En los últimos 5 años, ¿le diagnosticaron o lo trataron por:
- a. colesterol elevado? Sí No
- b. diabetes o azúcar en la sangre u orina?..... Sí No
- c. accidente cerebrovascular? Sí No
- d. trastorno mental, emocional o conductual?..... Sí No
18. En los últimos 5 años,
- a. ¿fue hospitalizado, tuvo una cirugía o le recomendaron una cirugía?..... Sí No
- b. ¿le diagnosticaron o lo trataron por cáncer? Sí No
19. En los últimos 5 años,
- a. ¿tuvo un embarazo o parto complicado?..... Sí No
- b. ¿consultó a un profesional de salud mental?..... Sí No
20. En los últimos 5 años, ¿tuvo o le diagnosticaron o lo trataron por cualquier enfermedad, trastorno o alteración de:
- a. corazón o sistema circulatorio?..... Sí No
- b. sistema nervioso?..... Sí No

- c. sistema digestivo, incluido el estómago?..... Sí No
- d. sistema muscular o esquelético?..... Sí No
- e. sistema respiratorio? Sí No
- f. sistema reproductivo masculino o femenino, incluida infertilidad? Sí No
- g. sistema urinario? Sí No
- h. tiroides, mamas u otras glándulas? Sí No
21. En los últimos 5 años, ¿ha tenido un análisis positivo de anticuerpos contra el virus VIH, o le diagnosticaron o lo trataron por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier enfermedad por VIH o afección relacionada?..... Sí No
22. En los últimos 5 años, ¿tuvo alguna otra enfermedad, trastorno, lesión o hallazgo médico adverso sobre el cual no le hayamos preguntado? Sí No
23. En los últimos 5 años, ¿le diagnosticaron o lo trataron por cualquier otra enfermedad, trastorno, lesión o hallazgo médico adverso, o tuvo algún resultado anormal de análisis de laboratorio?..... Sí No
24. En los últimos 12 meses, ¿subió o bajó 15 libras de peso o más? Sí No
25. En los últimos 5 años, ¿le diagnosticaron o lo trataron por dependencia, problema o abuso de alcohol o drogas; o tuvo algún arresto relacionado con alcohol o drogas? Sí No
26. En los últimos 5 años, ¿consumió más de 14 tragos de bebidas alcohólicas por semana?..... Sí No
En caso afirmativo, indique cuántos tragos por semana en los "Detalles de la Historia Clínica" (un trago equivale a: 12 onzas de cerveza, 4 onzas de vino, 1 onza de bebidas fuertes).
27. En los últimos 12 meses, ¿fumó cigarrillos o consumió tabaco en cualquier forma (incluidos el tabaco sin humo y los sustitutos de nicotina)?..... Sí No
28. ¿Tiene implantes, prótesis o cualquier material metálico insertado (incluidos reemplazos articulares)?..... Sí No
29. Indique en "Detalles de la historia clínica" todos los médicos u otros profesionales de atención médica a quienes haya consultado o que lo hayan tratado en los últimos 5 años, y brinde los detalles completos.

IMPORTANTE! INCLUYA LOS DETALLES DE TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN "DETALLES DE LA HISTORIA CLÍNICA".

Sección 5: Detalles de la historia clínica

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas de la historia clínica, brinde detalles completos.

N.º de pregunta (número, letra)	Nombre, dirección y teléfono (incluir código de área) del médico	Indicaciones, síntomas, signos, afecciones, o diagnósticos específicos	Tratamiento, asesoramiento brindado, medicamentos recetados, resultados de tratamientos	Estado actual

Si necesita más espacio para brindar información completa y precisa, use una hoja en blanco o con renglones, firmela y féchela y marque aquí

Medicamentos recetados – Hacer una lista de TODOS los medicamentos recibidos en los últimos 12 meses, si no están indicados arriba en los Detalles de la historia clínica.

Enfermedad para la que se receta el medicamento	Medicamento/dosis/frecuencia (p. ej. Lopressor/100 mg/diarios)	Fecha en que se recetó (MM/DD/AA)	Fecha de finalización, si corresponde (MM/DD/AA)	Nombre y número de teléfono del médico que lo recetó

Declaración de comprensión

Lea esta sección atentamente antes de firmar la solicitud.

1. Entiendo que es obligatorio notificar de inmediato a MDwise, por escrito, si (el solicitante) recibo tratamiento, asesoramiento o atención médicos o si me diagnostican una enfermedad, lesión o afección después de la fecha en que firmo este formulario pero antes de la fecha de entrada en vigencia de mi cobertura.
2. Entiendo que cualquier cotización de prima que se brinde es preliminar. Entiendo que, en la medida permitida por la ley, MDwise se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud, y que la misma no da origen a ningún tipo de derecho. Entiendo que esta solicitud completada, y cualquier suplemento o enmienda, formarán parte de cualquier póliza/certificado que se expida. Entiendo que, si se rechaza mi solicitud, no se imputarán cobros en mi cuenta bancaria ni en mi tarjeta de crédito.
3. Soy responsable de notificar oportunamente a MDwise sobre cualquier cambio que me haría inelegible para recibir la cobertura.
4. Al firmar esta solicitud, acepto y otorgo mi consentimiento para que se registre y/o monitoree cualquier conversación telefónica entre MDwise y yo.
5. Entiendo que estoy solicitando una cobertura de salud individual que no forma parte de ningún plan patrocinado por un empleador. Certifico que no recibo, directa o indirectamente, ninguna forma de reembolso o compensación, por parte de ningún empleador; para esta cobertura en lo referente a la prima. Entiendo que soy responsable por la totalidad del pago de la prima y que también soy responsable de garantizar que el pago de las primas. Entiendo que cualquier cobertura contemplada en esta póliza finalizará en la fecha en que acepte cualquier aporte o reembolso directo o indirecto (a través de ajustes salariales o de otra manera), por parte de un empleador o en su nombre, por cualquier porción de la prima para la cobertura de esta póliza, o en la fecha en que un empleador trate esta póliza como parte de un plan de salud proporcionado por un empleador con cualquier fin, incluidos los fines fiscales.
6. Entiendo que, a menos que MDwise acepte una fecha más temprana, la cobertura por enfermedad comienza 15 días después de que una persona queda asegurada por lesiones.
7. Reconozco que he leído la Declaración de comprensión, y acepto tales disposiciones como una condición para la cobertura. Declaro que las respuestas dadas a todas las preguntas de esta solicitud son ciertas y precisas según mi leal saber y entender; y entiendo que MDwise se basa en ellas para aceptar esta solicitud. Toda tergiversación sustancial u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud puede ocasionar la denegación de beneficios o la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s).
8. Si se responde "NO" a la pregunta N° 27 sobre consumo de tabaco, entiendo que la(s) firma(s) de la página siguiente dará(n) fe de que no se ha consumido tabaco en los últimos 12 meses.

La persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

Autorización para el uso de información protegida de salud e información no médica

Entiendo lo siguiente:

- Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original;
- Yo, o mi representante autorizado, podemos obtener una copia de esta autorización escribiendo a MDwise;
- Puedo solicitar la revocación de esta autorización según se describe más abajo;
- Si me niego a firmar esta autorización, MDwise podrá condicionar la inscripción a su plan de salud o la elegibilidad para los beneficios;
- La información que se utilice o divulgue de acuerdo con esta autorización podrá volver a ser divulgada por la entidad que la reciba y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad que regulan a las aseguradoras de salud.

Por el presente autorizo que cualquier proveedor de servicios o suministros de salud, el Medical Information Bureau (MIB), compañía de seguros, organización o persona pueda divulgar a MDwise información médica y sobre seguros referida a servicios y suministros relacionados con la salud que se me hayan proporcionado. Esta autorización no se extenderá a la divulgación por parte de un proveedor de notas que hayan sido tomadas durante sesiones de psicoterapia y que se conserven separadas del resto del registro médico del proveedor. Asimismo, autorizo a empleadores, compañías de seguros, organismos gubernamentales, organismos de verificación de crédito o al Medical Information Bureau (MIB) que tengan información no médica, como por ejemplo mis ocupaciones, pasatiempos, antecedentes de conducción de vehículos, antecedentes penales, cobertura de seguros previa, a brindar dicha información a MDwise. MDwise podrá utilizar la información para revisar, investigar o evaluar cualquier solicitud de póliza de seguros, una restitución de póliza. A menos que se revoque antes, esta autorización es válida durante 30 meses a partir de la fecha en que la firmé.

Esta autorización está sujeta a ser revocada en cualquier momento mediante notificación escrita a MDwise, excepto en la medida en que MDwise ya haya efectuado acciones en función de esta autorización. Si revoco esta autorización después de haber solicitado inicialmente la cobertura, entiendo que no seré considerado para recibir la cobertura.

MDwise puede divulgar esta información acerca de mí al MIB o a cualquier compañía miembro, con los fines descritos en la Notificación de prácticas de privacidad de MDwise. He recibido la Notificación de prácticas de privacidad de MDwise.

Certifico que completé personalmente esta solicitud. Conservo una copia de esta autorización.

FIRMADO: _____

FECHA: - -
(MM-DD-AA)

Revisar antes de enviar esta solicitud por correo

1. Escribir claramente en imprenta y completar la solicitud en tinta azul o negra.
2. Si realiza algún cambio mientras completa este formulario (por ejemplo, si tacha algo que escribió), asegúrese de **colocar sus iniciales y la fecha** junto a esos cambios.
3. Si se necesitan **correcciones** o si el formulario está incompleto, es posible que se le devuelva la solicitud, o que intentemos llamarlo, para obtener la información necesaria. En ese caso, registraremos su información en un formulario que se adjuntará a su solicitud.
4. Las fechas de entrada en vigencia de la cobertura deben corresponder al primer día del mes. Si se aprueba la solicitud, la fecha de entrada en vigencia más temprana será el primer día del mes siguiente a la fecha en que se aprobó su solicitud, con sujeción a los plazos de procesamiento de inscripciones mensuales.
5. **Responda todas las preguntas acerca de la historia clínica.** No hacerlo retrasará el procesamiento de su solicitud.
6. Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas de los antecedentes de salud, brinde detalles completos en la sección "**Detalles de la historia clínica**".
7. Si de manera conciente presenta información falsa, incompleta o engañosa en una solicitud de seguro, podrá estar cometiendo un fraude de seguros.
8. No tendrá cobertura hasta que MDwise, Inc. lo apruebe por escrito.
9. No se aceptarán solicitudes recibidas por MDwise pasados 15 días de la fecha en que se firmaron.
10. No se aceptan apartados postales (P.O. Box) como principal dirección de residencia.
11. Si usted recibió una carta del Estado en la que se indica su elegibilidad para la cobertura, inclúyala con esta solicitud.
12. Envíe esta solicitud por correo a:

MDwise, Inc.
Attn: HIP New Member Applications
P.O. Box 44236
Indianapolis, IN 46244-0236

