Formulario de Información de Cobertura

El Plan de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC está disponible sin ningún costo a usted automáticamente al entrar a orientación o servicio.

Para procesar correctamente sus reclamos y garantizar que usted reciba los máximos beneficios disponibles, se necesita información sobre otra cobertura de gastos médicos. Esta información se debe proporcionar a IMG al comienzo de cada nuevo período de servicio y/o cuando haya cambios en su estado de cobertura de gastos médicos.

Usted puede optar a renunciar su participación en el programa de beneficios por completo, sin embargo tenga en cuenta que la participación se otorga automáticamente sin ningún costo a usted.

1. Acudir a *su cuenta en línea de MyIMGNCCC Visite:* ***https://americorpsNCCC.imglobal.com***
2. Envíe el formulario completo por correo electrónico a: **NCCCcare@imglobal.com**
3. Envíe el formulario completo por correo postal a: **IMG P.O. Box 21605, Eagan, MN 55121**
4. Envíe el formulario completo por fax al: **(855) 851-2971**
   En caso de dudas, favor de contáctese con nosotros al: **(855) 851-2974** o **(317) 833-1711**

Sección 1: Información General (Debe completarla)

NSPID o Número de identificación del miembro de su tarjeta IMG (Member ID): _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____
Calle/Depto./Suite/Cuarto, etc.

_____
Ciudad Estado Código postal

Sección 2: Estado Actual de su Cobertura de Gastos Médicos

☐ No tengo otra cobertura de gatos médicos y contaré con el Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC. **Complete las Secciones 4 y 5**

☐ Tengo otra cobertura de gastos médicos y coordinaré el pago de beneficios junto con el Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC*. **Complete las Secciones 3, 4, y 5** - ***Por favor, recuerde que usted tendrá que presentar la tarjeta de identificación primaria así como la tarjeta de IMG AmeriCorps a su proveedor al momento del servicio.***

☐ Opto RENUNCIAR la cobertura a través del Programa de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC. Entiendo que este beneficio se otorga a mí sin costo automáticamente al entrar a orientación o servicio. **Complete las Secciones 3 y 5**

*Cobertura bajo el Plan de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC es secundario a cualquier otro seguro médico *excepto con* respecto a los beneficios de Medicare, Medicaid y TriCare cuando el plan se consideraría primario. Por favor, presente todas las tarjetas de identificación de cobertura médica al proveedor al momento del servicio.

Sección 3: Información relacionada con Otra Cobertura/Coordinación de Beneficios *

Nombre del Titular de la póliza | Fecha de nacimiento del Titular de la póliza | Relación al Titular de la póliza

Nombre de la Compañía de Seguro (Por favor indique si es Medicaid/ Medicare o TriCare)

Dirección de la Compañía de Seguro

Ciudad, Estado, and Código Postal de la Compañía de Seguro | Teléfono de la Compañía de Seguro

Número de Identificación de la póliza | Fecha de comienzo de la póliza | Fecha de finalización de la póliza

* **Cobertura del Plan de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC es secundaria a la cobertura de seguro comercial o privado**

Sección 4: Autorización para la Entrega de Información

Autorizo a todo médico, farmacéutico, hospital u otro proveedor de atención médica, asegurador, organización de prepaga u otro proveedor de un plan de cobertura salud a que entregue información médica relacionada conmigo, lo que incluye información sobre salud física y mental, historia clínica y cualquier cobertura por adicciones a las drogas o al alcohol a representantes autorizados de International Medical Group, Inc. (IMG), a sus afiliadas y subsidiarias. La presente autorización permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque. Copia de la presente autorización será tan válida como su original. Entiendo que podría recibir una copia de la presente autorización si solicito una por escrito.

Declaración de la Ley de Privacidad: La presente información se brinda de acuerdo con la Ley Pública 93-579 (Ley de Privacidad de 1974) para miembros de AmeriCorps que completan los registros y formularios Federales que solicitan información personal sobre historias clínicas del miembro de AmeriCorps para que la presentación de un reclamo médico por un miembro de AmeriCorps se procese de manera expeditiva. No se realizará ningún otro uso de esta información. Efectos de la no entrega. La falta de autorización para la entrega de información médica podría demorar el procesamiento del reclamo médico.

Firma del Miembro:_____ Fecha:_____

Sección 6: Firma

Al firmar a continuación, certifico que la información y las declaraciones que he proporcionado en este formulario son verdaderas y correctas. Asimismo, doy mi consentimiento a las autorizaciones contenidas en el presente.

Firma del Miembro:_____ Fecha:_____

Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímile. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.