



Estado de Nuevo México

Confirmación de elegibilidad para prestaciones



Felicidades por su reciente contratación.

Este documento contiene información importante sobre las opciones de beneficios de salud que se le ofrecen como empleado con derecho a beneficios a través del Estado de Nuevo México (SoNM). El documento debe leerse (en su totalidad), firmarse, fecharse y devolverse dentro de la primera semana de empleo a la Oficina de Recursos Humanos o a la Oficina de Personal del Estado que represente a su agencia.

Si tiene alguna pregunta sobre las opciones de prestaciones, la elegibilidad, los requisitos de los formularios o los plazos, comuníquese con el administrador externo (TPA) del SoNM, EASI Gov, Inc., al 1-855-618-1800.

*Para asistencia en español con este formulario, llame a EASI Gov al 1-855-618-1800

COMPañÍA DE TELEFONÍA	NÚMERO DE GRUPO	LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE	SITIO WEB
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) SOLUCIÓN DE BIENESTAR	N/A	1-833-515-0771	SOLUCIONES DE BIENESTAR-EAP
PRESBYTERIAN – HMO Oro	HWH20018	1-888-275-7737	PRESBYTERIAN
PRESBYTERIAN – HMO Platino	HWH20019		
PRESBYTERIAN – PPO Oro	HWP20036		
PRESBYTERIAN – HDHP Plata	HWP20037		
BCBS DE NUEVO MÉXICO – Oro HMO	462958	1-877-994-2583	BLUE CROSS BLUE SHIELD
BCBS DE NUEVO MÉXICO - HMO Platino	462959		
BCBS DE NUEVO MÉXICO - PPO Oro	462960		
BCBS de Nuevo México – Plan HDHP Plata	462961		
UMR – HMO Oro	76-418267	833-977-1079	UNITEDHEALTHCARE
UMR – HMO Platino			
UMR – PPO Oro			
UMR – Silver HDHP			
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LAS PRIMAS DE LOS EMPLEADOS DEL ESTADO (SEPA)	N/A	1-855-618-1800	PÁGINA DE INFORMACIÓN DE SEPA
Evernorth Health Services (ESI)	HCA97B2	1-866-447-5521	EXPRESS SCRIPTS
DELTA DENTAL	Base: 8570 Ampliación de cobertura: 8571	1-877-395-9420	DELTA DENTAL
METLIFE DENTAL	Estatal 323525 LPB 323526	1-866-506-5231	METLIFE DENTAL
DAVIS VISION	Base: 4270 Plan de mejora: 5031	1-800-999-5431	PLAN BÁSICO DE DAVIS VISION PLAN DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE DAVIS VISION
SONM: INCAPACIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO	N/A	1-855-618-1800	INCAPACIDAD
EASI Gov, Inc.			
THE HARTFORD	681601	1-855-618-1800 Reclamaciones de seguros de vida: 1-888-563-1124	THE HARTFORD
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)	N/A	1-855-618-1800	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)
EASI Gov, Inc.			
CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	N/A	1-855-618-1800	CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD - HSA
EASI GOV, Inc.			
COBRA	N/A	1-855-618-1800	COBRA

BENEFICIOS VOLUNTARIOS			
AFLAC	M4X48	1-800-992-3522	AFLAC
GLOBE	N/A	1-303-717-8122	GLOBE
THE HARTFORD	681902	1-855-396-7655	THE HARTFORD
METLIFE	228995	1-855-862-3912	METLIFE
PROGRAMAS DE BIENESTAR			
Salud y bienestar	PROGRAMAS DE BIENESTAR		

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS

Para ser elegible para la cobertura, un empleado debe estar contratado como clasificado, exento, en período de prueba, temporal, a plazo fijo o por hora, y tener un horario de trabajo de 20 horas o más por semana.

SEPA - Programa Estatal de Asistencia para las Primas de los Empleados

El estado de Nuevo México también ofrece ayuda adicional para el pago de primas a través del programa de Asistencia para el Pago de Primas de los Empleados Estatales (SEPA). El programa SEPA ayuda a reducir el costo del seguro médico, dental y oftalmológico para los empleados estatales que reúnan los requisitos. Visite la [página de información de SEPA](#) para obtener más detalles. Si no es un empleado recién contratado, podrá presentar su solicitud durante el próximo período especial de inscripción de SEPA.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

Para tener derecho a la cobertura, un dependiente debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Un cónyuge legal o una pareja de hecho (DP).
- Un hijo biológico, un hijo adoptivo, un hijastro (si está casado con el padre o la madre biológica) o un hijo de la pareja de hecho
 - Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 26 años

FECHAS DE VENCIMIENTO

Formulario de inscripción/renuncia: los nuevos empleados deben completar el formulario en línea de inscripción o renuncia a los beneficios **dentro de los 31 días** calendario a partir de la fecha de contratación. **La inscripción debe realizarse en línea.** El formulario en línea debe completarse incluso si el empleado tiene la intención de renunciar a la cobertura de todos los beneficios ofrecidos. El formulario de inscripción o renuncia a los beneficios se encuentra en www.mybenefitsnm.com. Si no se recibe la inscripción dentro de los 31 días naturales a partir de la fecha de contratación, no se permitirá la inscripción en el programa de beneficios hasta la próxima inscripción abierta anual o hasta que se produzca un evento que califique (consulte la sección «Eventos que califican» en la página siguiente). No se harán excepciones.

Documentos que acrediten la condición de dependiente: también deben presentarse **en un plazo de 31 días calendario** a partir de la fecha de contratación

INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES

Si no presenta la documentación durante la inscripción en línea, se recomienda encarecidamente enviar por fax la documentación que acredite la dependencia a EASI Gov (505-244-6009) el mismo día en que se envíe el formulario de inscripción o exención en línea, a fin de evitar cualquier retraso en la cobertura. Si no se recibe la documentación requerida **dentro de los 31 días siguientes a la fecha de contratación**, el dependiente no será agregado a la cobertura.

Nota: La siguiente oportunidad para inscribirse sería entonces mediante un evento calificado (QE) o en la próxima inscripción abierta anual.

Los documentos que acreditan la relación de dependencia son: certificado de matrimonio, declaración jurada de pareja de hecho, acta de nacimiento**, documentos judiciales de acogida o adopción, o la declaración jurada de pareja de hecho en la que figure el dependiente elegible.

**Si no se cuenta con un certificado de nacimiento, comuníquese con EASI Gov para conocer otras opciones posibles.

TARIFAS DE LAS PRIMAS DE BENEFICIOS DE SALUD

El Programa de Contribuciones a los Beneficios se puede consultar en www.mybenefitsnm.com, en el **enlace «Recursos para empleados» en la parte superior de la página de inicio, en la sección «Información sobre beneficios», «Información sobre tarifas de primas».**

Nota: El salario anualizado se basa en una semana laboral de 40 horas, que se utiliza para determinar las primas de seguro de quienes son contratados por hora, incluso si tienen programado trabajar menos de 40 horas por semana.

EVENTOS QUE DAN DERECHO A CAMBIOS – Cambio de situación

Si se presenta un evento que da derecho a cambios (como se indica a continuación) y el empleado desea modificar los beneficios elegidos, dichos cambios deben realizarse mediante el Formulario de inscripción o renuncia a beneficios en línea. El formulario, así como la documentación que respalde el evento que da derecho a cambios, debe presentarse dentro de los **31 días naturales** siguientes al evento.

- Cambio en el estado civil, como matrimonio, unión civil, divorcio o separación legal, o la disolución de la unión civil.

Nota: Si no se elimina al excónyuge o a la pareja de unión civil, así como a los hijos de dicha unión o a los hijastros, dentro de **los 31 días posteriores a la pérdida de elegibilidad**, el empleado podría perder su derecho a participar en el Programa de Beneficios del Estado.

- Nacimiento de un hijo, adopción aprobada por un tribunal, asignación para adopción o tutela legal.
- Fallecimiento de un dependiente.

- Cambios en la situación laboral de los empleados de SoNM: contratación (cambio de tiempo parcial a tiempo completo o viceversa), reducción de horas debido a la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA), licencia sin goce de sueldo (LWOP) y/o discapacidad, o licencia militar.
 - Cambio en la situación laboral del cónyuge o pareja de hecho que resulte en la pérdida de la cobertura colectiva debido a la terminación del empleo o en la obtención de otra cobertura debido a un nuevo empleo.
 - Cualquier otra circunstancia en la que el empleado tuviera cobertura externa y luego la perdiera debido a circunstancias ajenas a su voluntad.
- Por razones ajenas a su voluntad, la Autoridad de Atención Médica debe evaluar su elegibilidad para participar en el Programa de Beneficios de SoNM.

NOTA: La exclusión de un proveedor o grupo de proveedores de la cobertura de una aseguradora no constituye un evento que dé derecho a participar.

ACUSE DE RECIBO

- ☐ Entiendo que es mi responsabilidad elegir y solicitar la cobertura para mí y mis dependientes elegibles dentro de los 31 días a partir de la fecha de contratación, y entiendo que, si no lo hago dentro de esos 31 días, la próxima oportunidad disponible será 31 días después de un evento que califique, o bien durante el próximo período anual de inscripción abierta.
- ☐ Estoy al tanto de que las primas de los beneficios se deducen cada dos semanas (en cada pago de sueldo).
- ☐ Entiendo que es mi responsabilidad dar de baja a cualquier dependiente que no cumpla con los requisitos de elegibilidad, dentro de los 31 días siguientes al evento que provoque la descalificación. Si no lo hago, podría perder el derecho a participar en cualquier beneficio de salud que ofrezca la SoNM, así como tener que reembolsar en su totalidad todas las reclamaciones pagadas en nombre del dependiente descalificado.
- ☐ Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi recibo de sueldo quincenal para asegurarme de que las deducciones sean correctas. Si las deducciones no son correctas, debo comunicarme con EASI Gov (1-855-618-1800) de inmediato.
- ☐ Entiendo que HCA suspenderá automáticamente los beneficios de los empleados que se encuentren en licencia sin goce de sueldo (LWOP) si los pagos de las primas no se realizan antes de que finalice el período de nómina. La única excepción se aplica a los empleados que se encuentren en licencia FMLA aprobada, a quienes se les concede un período de gracia de 30 días para el pago de las primas, tal como lo exigen las regulaciones federales.
- ☐ Soy consciente de que las prestaciones se dan de baja en el último período de pago en el que se dedujeron las primas o se pagaron de forma independiente.
- ☐ Entiendo que, mientras me encuentre de licencia médica familiar, licencia sin goce de sueldo o licencia por discapacidad, soy responsable del pago de las primas correspondientes a cualquier beneficio que haya elegido. Si no realizo el pago antes de la fecha límite, perderé la cobertura.
- ☐ Entiendo que no puedo solicitar tanto la indemnización por accidente laboral como la pensión por discapacidad durante el mismo período.

Al firmar este formulario, el empleado reconoce que ha leído este documento en su totalidad y que comprende las responsabilidades que le incumben para participar en el Programa de Beneficios del Estado de Nuevo México.

Instrucciones para firmar electrónicamente: Haga clic en «Herramientas» en la esquina superior izquierda; en el panel derecho, haga clic en «Llenar y firmar»; haga clic en el icono de «Firmar» en el panel superior; seleccione la firma y arrástrela hasta colocarla en el área deseada.

Nombre del empleado/No. de Identificación del Empleado (en letra de molde)
*Por favor, guarde una copia de este formulario para sus registros

Firma del empleado y fecha (obligatorio)

Firma del Representante de RR. HH.

Fecha (obligatorio)