



Estado de Nuevo México

Confirmación de elegibilidad para prestaciones



Felicidades por su reciente empleo.

Este documento contiene información importante sobre las opciones de beneficios de salud que se le ofrecen, como un empleado que reúne los requisitos para recibir beneficios, a través del Estado de Nuevo México (SoNM). El documento debe leerse (en su totalidad), firmarse y fecharse, y devolverse durante la primera semana de empleo a la oficina de Recursos Humanos o a la Oficina de Personal del Estado asignada a su agencia.

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

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

Compañía Aseguradora	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	WELL BEING SOLUTIONS-EAP - Password: SONMEAP
PRESBITERIANO – HMO Oro	HWH20018	1-888-275-7737	PRESBYTERIAN
PRESBYTERIAN – HMO Platino	HWH20019		
PRESBITERIANO – PPO Oro	HWP20036		
PRESBITERIANO – Plan de salud de alto deducible (HDHP) Plata	HWP20037		
BCBS de Nuevo México - Gold HMO	462958	1-877-994-2583	BLUE CROSS BLUE SHIELD
BCBS de Nuevo México - Platinum HMO	462959		
BCBS de Nuevo México - Gold PPO	462960		
BCBS de Nuevo México – Silver HDHP	462961		
United Health Care UMR – HMO Oro	76-418267	1-800-207-3172	UNITEDHEALTHCARE
United Health Care UMR – HMO Platino			
United Health Care UMR – Gold PPO			
United Health Care UMR – Plan de Salud de alto deducible Silver			
Programa de asistencia para el pago de primas para empleados estatales (SEPA)	N/A	1-855-618-1800	SEPA INFORMATION PAGE
Express Scripts de Evernorth Health Services (ESI)	HCA97B2	1-866-447-5521	EXPRESS SCRIPTS
DELTA DENTAL	Base: 8570	1-877-395-9420	DELTA DENTAL
	Buy-Up : 8571		
METLIFE DENTAL	State 323525	1-866-506-5231	METLIFE DENTAL
	LPB 323526		
DAVIS VISION	Base: 4270	1-800-999-5431	DAVIS VISION BASE PLAN
	Buy-Up : 5031		DAVIS VISION BUYUP PLAN
SONM: Incapacidad a corto y largo plazo	N/A	1-855-618-1800	DISABILITY
EASI Gov, Inc.			
EL HARTFORD	681601	1-855-618-1800 Life Claims : 1-888-563-1124	THE HARTFORD
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	N/A	1-855-618-1800	FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT-FSA
EASI Gov, Inc..			
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	N/A	1-855-618-1800	HEALTH SAVINGS ACCOUNT - HSA
EASI GOV, Inc.			
COBRA	N/A	1-855-618-1800	COBRA

Nota: Los enlaces de esta tabla solo funcionan al utilizar la versión electrónica de este formulario. Si está consultando una copia impresa o no interactiva, visite www.mybenefitsnm.com para acceder a todos los recursos sobre beneficios.

VOLUNTARY BENEFITS			
AFLAC	M4X48	1-800-992-3522	AFLAC
GLOBE	N/A	1-855-624-5623	GLOBE
EL HARTFORD	681902	1-855-396-7655	THE HARTFORD
METLIFE	228995	1-855-862-3912	METLIFE
WELLNESS PROGRAMS			
Salud y bienestar	WELLNESS PROGRAMS		

ELEGIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS

Para optar a la cobertura, el empleado debe haber sido contratado bajo una de las siguientes categorías: clasificado, exento, en periodo de prueba, temporal, de plazo determinado o por horas, y tener un horario programado de 20 horas o más a la semana.

SEPA - Programa de Asistencia para el Pago de Primas de Empleados estatales

El estado de Nuevo México también ofrece ayuda adicional para el pago de primas a través del programa de Asistencia para Primas de Empleados Estatales (SEPA, por sus siglas en inglés). El programa SEPA ayuda a reducir el costo de los seguros de salud, dentales y de la vista para los empleados estatales elegibles. Por favor, consulte la página de [información de SEPA](#) para obtener más detalles. Si usted no es un empleado de reciente contratación, podrá solicitar esta ayuda durante el próximo periodo de inscripción especial de SEPA.

ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

Para ser elegible para la cobertura, un dependiente debe ser una de las siguientes personas:

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

FECHAS DE VENCIMIENTO

Formulario de inscripción/exención - Los empleados recién contratados deben completar el formulario en línea de inscripción o renuncia a los beneficios dentro de los 31 días naturales siguientes a su fecha de contratación. El trámite de inscripción debe realizarse en línea. Es obligatorio completar el formulario, 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 está disponible en www.mybenefitsnm.com. Si la inscripción no se recibe dentro de los 31 días naturales posteriores a la fecha de contratación, no se permitirá la incorporación al programa de beneficios hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual o hasta que ocurra un evento calificado (consulte la sección «Evento calificado» en la página siguiente). No se harán excepciones.

Documentos que acreditan la dependencia – también debe presentarse dentro de los 31 días naturales siguientes a la fecha de contratación

INSCRIPCION DE DEPENDIENTES

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

Nota: La siguiente oportunidad para inscribirse sería, entonces, ante un evento calificador (QE) o durante el próximo periodo anual de inscripción abierta.

Los documentos que acreditan la condición de dependiente incluyen: certificado de matrimonio, declaración jurada de pareja de hecho, certificado de nacimiento**, documentos judiciales de colocación o adopción, o la declaración jurada de pareja de hecho en la que figure el dependiente elegible.

** Si no dispone de un certificado de nacimiento, por favor comuníquese con EASI Gov para conocer otras opciones posibles.

TARIFAS DE PRIMAS DE BENEFICIOS DE SALUD

El calendario de contribuciones para los beneficios se encuentra en www.mybenefitsnm.com, en la sección **Enlace «Recursos para empleados» en la parte superior de la página de inicio, información sobre beneficios e información sobre las tarifas de las primas.**

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

EVENTOS CLASIFICATORIOS – Cambio de estatus

Si se produce un evento calificador (indicado a continuación) y el empleado desea modificar los beneficios seleccionados, dichos

cambios deben realizarse utilizando el formulario en línea de inscripción o renuncia a beneficios. El formulario, junto con la documentación que acredite el evento calificador, debe presentarse en un plazo de 31 días naturales a partir de la fecha del evento.

- Cambio en el estado civil, como matrimonio, pareja de hecho (DP), divorcio/separación legal o terminación de la pareja de hecho.
Note: Si no se excluye al excónyuge y al/a los hijastro(s) dentro de los 30 días siguientes a la pérdida de la elegibilidad, el empleado podría perder el derecho a participar en el Programa de Beneficios del Estado.
- Nacimiento de un hijo, adopción aprobada por un tribunal, colocación para adopción o tutela legal.
- Fallecimiento de un dependiente.
- Cambio en la situación laboral de los empleados de SoNM: empleo (cambio de jornada parcial a completa o viceversa), reducción de horas debido a 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.
- En cualquier otra circunstancia en la que el empleado contará con cobertura externa y posteriormente la perdiera debido a circunstancias ajenas a su control, la Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority) deberá evaluar su elegibilidad para participar en el Programa de Beneficios del SoNM.

NOTA: La pérdida de un proveedor o de un grupo de proveedores de la cobertura de la aseguradora no constituye un evento calificado.

EXPRESIONES DE GRATITUD

- ☐ Entiendo que es mi responsabilidad seleccionar y solicitar la cobertura para mí y para mis dependientes elegibles dentro de los 31 días siguientes a la fecha de contratación, y comprendo que, si no lo hago en ese plazo, la siguiente oportunidad disponible será dentro 31 días después de un evento calificado o durante el próximo periodo de inscripción abierta anual.
- ☐ Soy consciente de que las primas de los beneficios se descuentan de forma quincenal (en cada pago de nómina).
- ☐ 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 cause la pérdida de dicha condición. El incumplimiento de esta obligación podría conllevar la pérdida de mi derecho a participar en los beneficios de salud ofrecidos por el SoNM, así como la obligación de reembolsar la totalidad de los pagos realizados por reclamaciones a nombre del dependiente que ya no reúne los requisitos.
- ☐ Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi comprobante de pago quincenal para asegurarme de que las deducciones sean correctas. Si las deducciones no son correctas, debo comunicarme de inmediato con EASI Gov (1-855-618-1800).
- ☐ Entiendo que HCA cancelará automáticamente los beneficios de los empleados en situación de licencia sin goce de sueldo (LWOP) si no se efectúan los pagos de las primas antes de finalizar el periodo de nómina. La única excepción se aplica a los empleados con licencia aprobada bajo la ley FMLA, a quienes se les concede un periodo de gracia de 30 días para el pago de las primas, conforme a lo exigido por la normativa federal.
- ☐ Soy consciente de que los beneficios finalizan en el último periodo de pago en el que se dedujeron las primas o se pagaron mediante pago directo.
- ☐ Entiendo que, durante una licencia médica familiar, una licencia sin goce de sueldo o una licencia por discapacidad, soy responsable de pagar las primas de los beneficios que haya elegido. La falta de pago en la fecha de vencimiento conllevará la pérdida de la cobertura.
- ☐ Entiendo que no puedo reclamar simultáneamente la indemnización por accidente laboral y los beneficios por discapacidad.
- ☐ Reconozco que, si se ha determinado que reúno los requisitos para SEPA y experimento algún cambio que pueda afectar a dicha elegibilidad, debo comunicar estos cambios a EASI Gov lo antes posible.

Al firmar este formulario, el empleado reconoce haber leído este documento en su totalidad y comprender las responsabilidades requeridas 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 «Rellenar y firmar»; haga clic en el icono de firma en la parte superior de la ventana, seleccione la firma y arrástrela hasta la ubicación deseada.

**Nombre del empleado/N.º de identificación del empleado
(en letra de imprenta)**

** Por favor, conserve una copia de este formulario para sus archivos.*

Firma y fecha del empleado (obligatorio)

Firma del representante de Recursos Humanos

Fecha (obligatorio)