



Cobertura médica económica. Atención de calidad.

1-800-701-0710 (línea TTY 1-800-701-0720)

Derechos y Responsabilidades

- Juro que he respondido con la verdad todas las preguntas de este formulario.
- Entiendo que NJ FamilyCare o la HMO me puede pedir otro tipo de información.
- Doy mi consentimiento a NJ FamilyCare para que hable con empleadores y agencias estatales con el fin de que se asegure que la información acerca del ingreso que he proporcionado es correcta (NJ FamilyCare puede revisar mi Seguro Social, beneficios salariales, beneficios de desempleo, así como otras fuentes de ingreso).
- Entiendo que NJ FamilyCare puede usar la información sobre mi ingreso sólo para esta solicitud.
- Entiendo que NJ FamilyCare obedecerá las leyes federales y estatales cuando revise mi solicitud.
- Entiendo que tengo derecho de solicitar una revisión de la decisión tomada por NJ FamilyCare con respecto a mi solicitud.
- Entiendo que es un delito el que yo o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud proporcione información falsa y que se me puede sancionar, de acuerdo con las leyes estatales y federales, por proporcionar información falsa a sabiendas.
- Entiendo que NJ FamilyCare puede informar a quien me haya ayudado con la solicitud lo que está sucediendo con la misma.
- Entiendo que después que NJ FamilyCare revise mi solicitud, mi familia quedarán afiliados en el programa para el que califiquen.
- Entiendo que si mi familia califica para recibir beneficios de NJ FamilyCare, el Comisionado de Servicios Humanos podrá tener derecho a cualquiera de los pagos de atención médica de parte de terceros (tal como una compañía de seguros o un acuerdo legal).
- Entiendo que debo completar una solicitud de renovación para este seguro médico cada año.
- Entiendo que debo informar inmediatamente a NJ FamilyCare acerca de cualquier cambio en mi información, tal como un cambio en mi ingreso o un cambio de dirección. Sé que debo llamar al 1-800-701-0710 (línea TTY 1-800-701-0720) para informar cualquier cambio.
- Entiendo que si no informo los cambios puedo perder mis beneficios y tendré que pagar los beneficios que haya usado, con intereses y multas.
- Entiendo que la información que he proporcionado es privada y que sólo se proporcionará a la HMO, al Coordinador de Beneficios Médicos y a NJ FamilyCare.
- Entiendo que debido a que me he afiliado a una HMO, debo seguir las normas para obtener atención médica de la HMO.
- Entiendo que debo permitir que mi HMO y NJ FamilyCare sean notificados en caso que hubiera un cambio en el número de miembros de mi familia y que se enrolará a cualquier hijo recién nacido en mi HMO.
- Entiendo que, a menos que yo u otro miembro de mi familia tenga una verdadera emergencia, deberé llamar a mi doctor personal para una consulta médica, atención médica o para una referencia con un especialista.
- Entiendo que si yo o un miembro de mi familia tiene una verdadera emergencia médica, deberé llamar al doctor personal o a la HMO, lo más pronto posible, después que mi pariente o yo vaya al hospital.
- Entiendo que debo acudir a todas las citas médicas programadas con un doctor y, que de no poder hacerlo, deberé llamar al consultorio para cancelarla.
- Entiendo que si acudo a un doctor que no sea el doctor personal que escogí, sin una referencia de mi doctor o sin la aprobación de la HMO, tendré que pagar los servicios del doctor porque NJ FamilyCare no pagará los servicios o las consultas no aprobadas.
- Entiendo que me puedo cambiar a otra HMO y que puedo llamar al Coordinador de Beneficios Médicos para que me ayude a hacerlo.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de mi historial médico y mis archivos médicos y los de mis familiares afiliados a cualquier miembro(s) de la HMO y a sus proveedores que proporcione o coordine la atención médica a mí y a mi familia, siempre y cuando yo sea miembro de la HMO.