

समूह स्वास्थ्य योजना कवरेज का प्रमाणपत्र

1. इस प्रमाणपत्र की तिथि: _____
2. सहभागी का नाम: _____
3. समूह स्वास्थ्य योजना का नाम: _____
4. सहभागी की पहचान सं.: _____
5. आश्रितों के नाम, जिन पर यह प्रमाणपत्र लागू होता है: _____

6. इस प्रमाणपत्र को उपलब्ध कराने के लिए उत्तरदायी जारीकर्ता का नाम, पता और फोन नंबर:

7. अधिक जानकारी के लिए इस नंबर पर कॉल करें: _____
8. यदि ऊपर दूसरी और पांचवीं पंक्ति में दिए गए व्यक्तियों का न्यूनतम 18 माह का प्रामाणिक कवरेज (63-दिन के विच्छेद से पहले की किसी भी अवधि के कवरेज की उपेक्षा करते हुए), यहां सही का निशान लगाएं _____ और 9वीं और 10वीं पंक्ति को छोड़ दें।
9. यदि कोई प्रतीक्षा-अवधि या संबद्धता-अवधि हो तो किस दिन से शुरू होती है: _____
10. कवरेज आरंभ होने की तिथि: _____
11. कवरेज समाप्त होने की तिथि: _____
(अथवा यहां सही का निशान लगाएं कि क्या इस प्रमाणपत्र की तिथि तक कवरेज जारी है या नहीं _____).

नोट: यदि सहभागी और प्रत्येक संरक्षित आश्रित के लिए सूचना एकसमान नहीं होगी तो पृथक प्रमाणपत्र जारी किए जाएंगे।

एचआईपीए (HIPAA) सुवाह्यता अधिकारों का विवरण

महत्वपूर्ण – इस प्रमाणपत्र को रखें। यह प्रमाणपत्र आपको संघीय स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता व लेखा अधिनियम (HIPAA), 1996 की अपेक्षाओं के अनुपालन के लिए उपलब्ध कराया गया है। यह न्यू जर्सी राज्य स्वास्थ्य लाभ कार्यक्रम में आपके पिछले स्वास्थ्य कवरेज का साक्ष्य उपलब्ध कराता है। यदि आप किसी समूह स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत पात्र हो जाते हैं जो आपके इसमें सम्मिलित होने से पहले की कुछ चिकित्सीय अवस्थाओं के कवरेज को अपवर्जित करती है तो आपको इस प्रमाणपत्र को नए बीमाकर्ता को प्रस्तुत करना पड़ सकता है। यदि नई योजना में सम्मिलित होने के 6 माह पहले तक की दशा के आधार पर चिकित्सीय परामर्श, निदान, सेवा या उपचार अनुशंसित या प्राप्त किया गया हो तो इस प्रमाणपत्र को प्रस्तुत करना पड़ सकता है। यदि आप अन्य किसी समूह स्वास्थ्य योजना में संरक्षित हो जाते हैं, तो योजना प्रशासक से पूछें कि क्या इस प्रमाणपत्र को प्रस्तुत करने की आवश्यकता है। आपको इस प्रमाणपत्र की आवश्यकता अपने या अपने परिवार के लिए ऐसी बीमा पालिसी खरीदने में भी पड़ सकती है जो आपके सदस्य बनने से पहले की चिकित्सीय अवस्थाओं के संरक्षण को अपवर्जित न करती हो।

पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन — कुछ समूह स्वास्थ्य योजनाएं व्यक्ति की सदस्यता से पहले विद्यमान चिकित्सीय अवस्थाओं के कवरेज को प्रतिबंधित करती हैं। इन प्रतिबंधों को "पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन" कहते हैं। पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन केवल उन्हीं अवस्थाओं पर लागू हो सकता है जहां 'सदस्यता की तिथि' से 6 माह पहले तक की दशा के आधार पर चिकित्सीय परामर्श, निदान, सेवा या उपचार अनुशंसित या प्राप्त किया गया हो। योजना के अंतर्गत आपकी सदस्यता की तिथि, कवरेज का पहला दिन होती है, या—यदि प्रतीक्षा अवधि हो तो—प्रतीक्षा अवधि का पहला दिन (सामान्यतः पहला कार्य दिवस) होता है। इसके अतिरिक्त

पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन, आपकी सदस्यता की तिथि से 12 माह (यदि आप विलंब से भर्ती हुए हैं तो 18 माह) के बाद जारी नहीं रह सकता। अंत में, पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन गर्भावस्था और उस बच्चे पर लागू नहीं हो सकता है जो अपने जन्म, गोद लिए जाने या गोद लिए जाने के स्थापन के 30 दिन के भीतर कवरेज में सम्मिलित हुआ हो।

एचआईपीए (HIPAA) सुवाह्यता अधिकारों का विवरण

यदि कोई योजना एक पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन लागू करती है तो इस अपवर्जन की अवधि में से आपके पिछले प्रामाणिक संरक्षण की अवधि को घटा दिया जाना चाहिए। समूह स्वास्थ्य योजना कवरेज, कोबरा (COBRA) अनवरत कवरेज, एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य पालिसी, मेडिकेयर, मेडीकेड, राज्य बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (SCHIP) और उच्च-जोखिम पूल और शांति कोर के माध्यम से कवरेज समेत अधिकतर स्वास्थ्य कवरेज प्रामाणिक कवरेज होते हैं। सभी तरह के प्रामाणिक कवरेजों को इस तरह के प्रमाणपत्र प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं होती। यदि आपको अपने पिछले कवरेज के लिए प्रमाणपत्र न मिले तो नए योजना प्रशासक से मिलें।

इस प्रमाणपत्र में ऊपर दिए गए कवरेज समेत आप कोई भी प्रामाणिक कवरेज, जो आपके पास हो, इसमें जोड़ सकते हैं। तथापि, यदि आपके कवरेज में 63 या इससे अधिक दिनों का विच्छेद होगा (उसे कवरेज में विच्छेद कहा जाता है) तो योजना आपके विच्छेद से पहले के कवरेज की गणना करने से मना कर सकती है।

- इसलिए, जैसे ही आपका कवरेज समाप्त हो, आपको 63 दिन के विच्छेद से बचने के लिए यथाशीघ्र वैकल्पिक कवरेज ले लेना चाहिए। यदि आप अन्य योजना के सदस्य बनें, तो आप इस प्रमाणपत्र को पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन की अवधि को कम करने के लिए अपने प्रामाणिक कवरेज के साक्ष्य के रूप में प्रयोग कर सकते हैं।

अन्य योजना में सदस्यता का अधिकार — एचआईपीए (HIPAA) के अंतर्गत, यदि आप अपना समूह स्वास्थ्य योजना कवरेज खो देते हैं तो अन्य समूह स्वास्थ्य योजना में, जिसके आप पात्र हों (जैसे जीवनसाथी की योजना), सदस्य होने के अधिकारी होंगे, चाहे वह योजना सामान्यतः विलंबित सदस्यता को स्वीकार न करती हो बशर्ते कि आप 30 दिन के भीतर सदस्यता का अनुरोध करें। (अतिरिक्त विशेष सदस्यता अधिकार विवाह, जन्म, गोद लेने और गोद लेने के स्थापन से उत्पन्न होते हैं।

- इसलिए, यदि एक बार आपका कवरेज समाप्त होता है और यदि आप दूसरी योजना (जैसे जीवनसाथी की योजना) में कवरेज के पात्र हैं तो आपको यथाशीघ्र विशेष सदस्यता के लिए अनुरोध करना चाहिए।

स्वास्थ्य कारक के आधार पर भेदभाव का निषेध — एचआईपीए (HIPAA) के अंतर्गत, कोई समूह स्वास्थ्य योजना आपको (या आपके आश्रितों को) आपके स्वास्थ्य के आधार पर योजना से बाहर नहीं रख सकती। साथ ही, कोई समूह स्वास्थ्य योजना आपसे (या आपके आश्रितों से) कवरेज के लिए आपके स्वास्थ्य के आधार पर उसी स्थिति के किसी व्यक्ति से अधिक राशि वसूल नहीं कर सकती।

व्यक्तिगत स्वास्थ्य कवरेज का अधिकार — एचआईपीए (HIPAA) के अंतर्गत, यदि आप “पात्र व्यक्ति” हैं तो आप बिना पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन के कुछ व्यक्तिगत स्वास्थ्य पालिसियां खरीदने (या कुछ राज्यों में, उच्च-जोखिम पूल के माध्यम से कवरेज खरीदने) के हकदार हैं। पात्र व्यक्ति होने के लिए आपको निम्नलिखित अपेक्षाएं पूरी करनी होती हैं—

- आपके पास 63 या उससे अधिक दिन के विच्छेद के बिना कम से कम 18 माह का कवरेज रहा है;
- आपका हालिया कवरेज समूह स्वास्थ्य योजना (जिसे इस प्रमाणपत्र में दिखाया जा सके) में हैं;
- समूह कवरेज धोखाधड़ी या प्रीमियम का भुगतान न कर पाने के कारण समाप्त नहीं हुआ है;
- आप कोबरा (COBRA) अनवरत कवरेज (या समान राज्य प्रावधान के अंतर्गत अनवरत कवरेज) के पात्र नहीं हैं या आपने अपने कोबरा लाभों को समाप्त कर लिया है; और
- आप अन्य समूह स्वास्थ्य योजना, मेडीकेयर, या मेडीकेड के पात्र नहीं हैं और न ही कोई अन्य स्वास्थ्य बीमा कवरेज है।

व्यक्तिगत कवरेज खरीदने का अधिकार समान है चाहे आपको हटा दिया गया हो, निकाल दिया गया हो या आपने नौकरी छोड़ दी हो।

- इसलिए, यदि आप व्यक्तिगत कवरेज प्राप्त करने के इच्छुक हैं और पात्र व्यक्ति के अन्य मानदंडों को पूरा करते हैं तो आपको 63-दिन के विच्छेद के कारण पात्र व्यक्ति के स्तर को खोने से बचने के लिए यथाशीघ्र इस कवरेज के लिए आवेदन कर देना चाहिए।

राज्य लचीलापन — यह प्रमाणपत्र संघीय कानून के अंतर्गत न्यूनतम एचआईपीए (HIPAA) कवरेज का वर्णन करता है। प्रशासन को उस राज्य में रहने वाले लोगों को अतिरिक्त कवरेज प्रदान करने के लिए बीमाकर्ताओं और एचएमओ की आवश्यकता है।

अधिक जानकारी के लिए — यदि एचआईपीए अधिकारों के विषय में आपके कोई प्रश्न हों, तो आप राज्य बीमा विभाग या संयुक्त राज्य श्रम विभाग, कर्मचारी लाभ सुरक्षा प्रशासन (EBSA) को इस टोलमुक्त नं. 1-866-444-3272 पर फोन कर सकते हैं (निःशुल्क एचआईपीए (HIPAA) प्रकाशनों के लिए स्वास्थ्य रक्षा संबंधी कानूनों में परिवर्तनों से संबंधित प्रकाशनों की मांग करें)। आप मेडीकेयर और मेडिकैड सेवा प्रकाशनों के लिए संघीय केंद्रों पर इस होटलाइन 1-800-633-4227 पर (अपने स्वास्थ्य बीमा कवरेज की सुरक्षा के बारे में पूछें) संपर्क कर सकते हैं। ये प्रकाशन और अन्य आवश्यक जानकारी अंतरजाल पर www.dol.gov/ebsa और डीओएल (DOL) के इंटरएक्टिव जाल पन्नों - स्वास्थ्य ई-विधि या www.cms.hhs.gov/hipaa/ पर भी उपलब्ध है।

कवरेज के एचआईपीए (HIPAA) प्रमाणपत्र को भरने के लिए अनुदेश

कवरेज प्रमाणपत्र को पूरा करना संघीय स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता व उत्तरदायित्व अधिनियम (HIPAA) की आवश्यकता है। एचआईपीए (HIPAA) की अपेक्षा है कि समूह स्वास्थ्य योजना किसी संरक्षित कर्मचारी या आश्रित को, जिसने 1 जून 1997 के बाद समूह कवरेज खो दिया हो, *कवरेज का प्रमाणपत्र* स्वतः उपलब्ध कराए। एचआईपीए (HIPAA) की यह भी अपेक्षा है कि समूह स्वास्थ्य योजना किसी संरक्षित कर्मचारी या आश्रित को, जिसने 1 जून 1996 से 1 जून 1997 के बीच कवरेज खो दिया हो, उन्हें व्यक्तिगत या उनके अभिहित अभिकर्ता (जैसे नया समूह बीमा प्रदाता) के अनुरोध पर *कवरेज का प्रमाणपत्र* उपलब्ध कराए। **एसएचबीपी (SHBP) में, सहभागी स्थानीय नियोजक या राज्य वेतन पत्रक कार्यालय का उत्तरदायित्व है कि वह कवरेज प्रमाणपत्र उपलब्ध कराए।**

मद 1: प्रपत्र भरने की तिथि भरें।

मद 2: *कवरेज का प्रमाणपत्र* का अनुरोध करने वाले संरक्षित सहभागी का पूरा नाम भरें।

मद 3: सहभागी को संरक्षित करने वाली एसएचबीपी (SHBP) स्वास्थ्य योजना का नाम भरें।

मद 4: सहभागी की एसएचबीपी (SHBP) स्वास्थ्य कवरेज पहचान संख्या भरें।

मद 5: कवरेज की समाप्ति के समय सहभागी के स्वास्थ्य कवरेज के अंतर्गत संरक्षित सभी आश्रितों के पूरे नाम भरें। यदि कोई आश्रित समान समय अवधि में संरक्षित न रहा हो तो उसके विषय में बताएं। उदाहरण के लिए, सहभागी 18 माह तक संरक्षित था लेकिन उसका आश्रित केवल आठ माह संरक्षित रहा हो तो उसे प्रपत्र में दर्शाएं।

मद 6: अधिकतर मामलों में, प्रमाणपत्र जारीकर्ता नियोजक का नाम, पता और फोन नंबर यहां भरा जाएगा। यदि *कवरेज का प्रमाणपत्र* कोबरा (COBRA) के अंतर्गत कवरेज समाप्ति के पश्चात जारी किया जा रहा है तो एसएचबीपी (SHBP) के कोबरा (COBRA) प्रशासक इस प्रपत्र को भरेंगे तथा पहचान संबंधी सूचना प्रविष्ट करेंगे।

मद 7: मद 6 में दिए फोन नंबर को भरें।

मद 8: वह समयावधि दिखाएं जिसके लिए सहभागी अपनी नई योजना में पूर्व-विद्यमान अवस्था अपवर्जन के प्रावधानों (यदि कोई हों तो) के अंतर्गत कवरेज का हकदार है। इसमें वह समयावधि भी शामिल है जब सहभागी एसएचबीपी (SHBP) योजना के अंतर्गत सक्रिय कर्मचारी के रूप में या कोबरा (COBRA) सहित किसी अन्य आधार पर संरक्षित था। यदि सहभागी निरंतर 63 या उससे अधिक दिन के स्वास्थ्य कवरेज या किसी अन्य कवरेज के बिना रहा है, तो इस विच्छेद से पहले के कवरेज की उपेक्षा की जाएगी। किसी पात्र कर्मचारी के योजना में कवरेज से पहले की प्रतीक्षा अवधि न तो कवरेज में महत्वपूर्ण विच्छेद में गिनी जाती है और न ही व्यक्ति के कुल प्रामाणिक कवरेज में। यदि आश्रितों की कवरेज अवधि में सहभागी की कवरेज अवधि

से कोई अंतर हो तो उसे दिखाएं। इसे मद 4 में दिखाएं। एचआईपीए (HIPAA) में अधिकतम पूर्व-विद्यमान अवस्था अवधि 18 माह है, इसलिए यदि सहभागी न्यूनतम 18 माह से एसएचबीपी (SHBP) योजना में संरक्षित था तो उसे यहां केवल वही रिपोर्ट करने की आवश्यकता है। यदि कवरेज की अवधि 18 माह से कम थी तो निम्नलिखित को मद 9 से मद 11 में अवश्य भरें:

- यदि कोई प्रतीक्षा अवधि हो तो सहभागी द्वारा प्रतीक्षा अवधि पूरी करने का पहला दिन (यह नौकरी देने और कवरेज प्रारंभ करने के बीच की अवधि है);
- सहभागी के प्रामाणिक कवरेज का पहला दिन;
- सहभागी के प्रामाणिक कवरेज का अंतिम दिन।

मद 9: यदि कोई प्रतीक्षा अवधि हो तो उसके आरंभ का दिन भरें। यह उस नए कर्मचारी का काम पर पहला दिन होगा जिसका कवरेज तुरंत आरंभ नहीं होता।

मद 10: कवरेज के आरंभ की तिथि भरें।

मद 11: कवरेज की समाप्ति की तिथि भरें। यदि आपके पास पुष्टि हो कि कोबरा (COBRA) या एसएचबीपी (SHBP) सेवानिवृत्त समूह में कवरेज जारी है तो कवरेज जारी खंड को चिह्नित करें। यदि आप निश्चित न हों कि कोबरा (COBRA) या सेवानिवृत्त समूह आवेदन किया गया है और सदस्यता प्रक्रियाधीन है तो कवरेज जारी खंड को चिह्नित न करें।