

**स्वास्थ्य कवरेज के प्रलेखीकरण (डोक्यूमेंटेशन)के आपके अधिकार के संबंध  
में महत्वपूर्ण नोटिस**

संघीय कानून में हाल के परिवर्तनों से आपका स्वास्थ्य कवरेज प्रभावित हो सकता है यदि आप ऐसे स्वास्थ्य कवरेज के सदस्य हैं या बनने के पात्र हो गए हैं जो पूर्व-विद्यमान चिकित्सीय अवस्थाओं को अपवर्जित करते हैं।

स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता व उत्तरदायित्व अधिनियम ((HIPAA) 1996 उन परिस्थितियों को सीमित करता है जिनमें आपके सदस्य बनने से पहले विद्यमान चिकित्सीय अवस्थाओं के लिए कवरेज को अपवर्जित किया जा सकता है। कानून के अंतर्गत, पूर्वविद्यमानता अपवर्जन की शर्त सामान्यतः 12 माह (देर से सदस्य बनने के मामलों में 18 माह) से अधिक समय के लिए लागू नहीं की जा सकती है। 12 माह (या 18 माह) की अपवर्जित अवधि आपके पूर्व स्वास्थ्य कवरेज द्वारा कम की जाती है। आप एक प्रमाणपत्र के हकदार हैं जो आपके पूर्व स्वास्थ्य कवरेज को दर्शाएगा। यदि आप अपनी नियोजक समूह स्वास्थ्य योजना के अलावा कोई अन्य स्वास्थ्य बीमा खरीदते हैं तो पूर्व कवरेज का प्रमाणपत्र आपको पूर्वविद्यमान अवस्था अपवर्जन के बिना कवरेज प्रदान करने में सहायता करेगा।

नियोजक समूह स्वास्थ्य योजना के लिए, ये परिवर्तन सामान्यतः 30 जून, 1997 के बाद आरंभ होने वाले प्रथम योजना वर्ष के प्रारंभ में प्रभावी होंगे। उदाहरण के लिए, यदि आपकी नियोजक योजना 1 जनवरी से आरंभ होती है तो योजना के लिए यह आवश्यक नहीं है कि आपको 1 जनवरी 1998 तक पूर्व कवरेज का लाभ दे।

आप 1 जुलाई, 1996 से पूर्व स्वास्थ्य कवरेज प्रमाणपत्र प्राप्त करने के अधिकारी हैं। आपको इससे पहले की अवधि के स्वास्थ्य कवरेज के लिए अन्य दस्तावेज उपलब्ध कराने पड़ सकते हैं। अपनी नई योजना के प्रशासक से यह जानने के लिए मिलें कि क्या आपकी नई योजना पूर्वविद्यमान अवस्थाओं के कवरेज को अपवर्जित करती है और क्या आपको पिछले कवरेज के प्रमाणपत्र या अन्य दस्तावेज उपलब्ध कराने की आवश्यकता है।

यदि आपको कवरेज प्रमाणपत्र चाहिए, तो संलग्न फार्म को भर कर निम्नलिखित पते पर भेज दें:

भूतपूर्व नियोजक का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

फोन : \_\_\_\_\_

यह प्रमाणपत्र आपको शीघ्र उपलब्ध कराया जाना चाहिए। इस भरे हुए फार्म की एक प्रति अपने पास रखें। आप अपने उन आश्रितों (जीवनसाथी समेत) के लिए भी, जो आपके स्वास्थ्य कवरेज के सदस्य हैं, प्रमाणपत्र मांग सकते हैं।

**स्वास्थ्य कवरेज के प्रमाणपत्र के लिए आवेदन**

प्रतिभागी का नाम: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

फोन नंबर: \_\_\_\_\_

उन आश्रितों के नाम जिनके लिए प्रमाणपत्र का निवेदन किया गया है (यदि उनके पते उपरोक्त पते से भिन्न हों तो उनके पते का भी उल्लेख करें):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_