



Estado de Nuevo México

Reconocimiento de Elegibilidad de Beneficios

Felicidades por su reciente empleo.

Este documento contiene información importante sobre las opciones de beneficios de salud que se le ofrecen como empleado elegible para beneficios a través del Estado de Nuevo México (SoNM por sus siglas en inglés). El documento debe leerse (en su totalidad), firmarse, fecharse y devolverse durante la primera semana de empleo a la Oficina de Recursos Humanos/Oficina de Personal Estatal dedicada que represente su Agencia.

Si tiene cualquier pregunta sobre opciones de beneficios, elegibilidad, requisitos de los formularios o plazos, por favor comuníquese con el administrador externo (TPA por sus siglas en inglés) de SoNM; Servicios Administrativos Erisa, Inc., al 1-855-618-1800.

PORTADOR	NUMERO DE GRUPO	LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE	SITO WEB
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) SOLUCIONES DE BIENESTAR	N/A	1-833-515-0771	WELL BEING SOLUTIONS-EAP
PRESBYTERIAN - HMO	A0000034	1-888-275-7737	PRESBYTERIAN
BCBS DE NUEVO MEXICO – HMO	266002	1-877-994-2583	BLUE CROSS BLUE SHIELD
BCBS DE NUEVO MEXICO - PPO	268390		
CIGNA-OAPIN	3343553	1-800-244-6224	CIGNA-HMO
CIGNA-OAP	3343553	1-800-244-6224	CIGNA-PPO
CVS CAREMARK	RX22AR	1-877-744-5313	CVS CAREMARK
DELTA DENTAL	8523	1-877-395-9420	DELTA DENTAL
EYEMED	(State) 1028738 (LPB) 1028739	1-855-219-3138	EYEMED
SONM DISCAPACIDAD A CORTO/LARGO PLAZO EASI	N/A	1-855-618-1800	DISABILITY
THE HARTFORD	681601	1-855-618-1800 Reclamos de Vida: 1-888-563-1124	THE HARTFORD
CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) Erisa, Inc.	N/A	1-855-618-1800	FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT-FSA
COBRA	N/A	1-855-618-1800	COBRA
BENEFICIOS VOLUNTARIOS			
AFLAC	M4X48	1-505-510-0156	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
SERVICIOS DEL BIENESTAR			
Salud y Bienestar			WELLNESS PROGRAMS

Información sobre los beneficios ofrecidos a través de SoNM, así como el formulario de inscripción en línea, información de contacto del proveedor, etc., puede ser encontrada en www.mybenefitsnm.com.

ELEGIBILIDAD DEL EMPLEADO

Para ser elegible para cobertura, un empleado debe ser contratado como Clasificado, Exento, a Prueba, Temporal, a Término o por Hora y programado a trabajar 20 horas o más por semana.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Para ser elegible para cobertura, un dependiente debe ser uno de los siguientes:

- Un esposo legal o pareja doméstica (DP);
- Hijo biológico, hijo adoptivo, hijastro (si está casado con el padre biológico), o hijo de la pareja doméstica
 - o Hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta el final del mes en el que cumplen 26 años

FECHAS DE VENCIMIENTO

Formulario de Inscripción/Rechazo - Nuevos Empleados deben completar el formulario de Inscripción/Rechazo en línea **dentro de los 31 días calendario** posteriores a la fecha de su contratación. **La inscripción debe completarse 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/Rechazo de Beneficios se encuentra en www.mybenefitsnm.com. Si la inscripción no se recibe dentro de 31 días calendario a partir de la fecha de contratación, no se permitirá la inscripción en el programa de beneficios hasta la próxima Inscripción Abierta anual o un evento calificador (consulte la sección de Eventos Calificadores en la siguiente página). No se harán excepciones.

Documentos de Prueba de Dependencia – también deben ser presentados **dentro de los 31 días calendario** posteriores a la fecha de contratación.

INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES

Es fuertemente recomendado que envíe por fax la documentación de prueba de dependencia al TPA (505-244-6009) el mismo día en que se envía el formulario de inscripción/rechazo para evitar demoras en la cobertura. Si la documentación requerida no se recibe **dentro de los 31 días de la fecha de contratación**, el dependiente no será agregado a la cobertura. **Nota:** La próxima oportunidad para inscripción sería con un evento calificador (QE por sus siglas en inglés), o en la próxima inscripción abierta anual.

Documentos de prueba de dependencia consisten en: certificado de matrimonio, declaración jurada de pareja doméstica, certificado de nacimiento**, documentos de colocación o adopción emitidos por el tribunal, o la declaración jurada de la pareja doméstica que enlista a los dependientes elegibles.

**Si el certificado de nacimiento no está disponible, por favor comuníquese con el TPA para conocer otras opciones posibles.

TARIFAS DE PRIMAS DE BENEFICIOS DE SALUD

El Calendario de Contribución de Beneficios se puede encontrar en www.mybenefitsnm.com bajo el enlace de “Employee Resources” en la parte superior de la página de inicio, “Benefits Information”, “Premium Rate Information”.

Nota: El salario anualizado se basa en una semana laboral de 40 horas, que se utiliza para determinar las primas de seguro para aquellas personas contratadas por hora, incluso si están programadas para trabajar menos de 40 horas por semana.

EVENTOS CALIFICADORES – Cambio de Estatus

Si experimenta un evento calificador (mostrados a continuación) y el empleado desea realizar cambios a sus beneficios electos, estos cambios deben realizarse mediante el formulario de inscripción/rechazo de beneficios en línea. El formulario, así como la documentación de respaldo del evento calificador, deberán ser presentados dentro de los **31 días calendario** posteriores al evento.

- Cambios de estado civil como matrimonio, pareja doméstica, divorcio/separación legal o terminación de pareja doméstica.
Nota: Si no elimina un ex-esposo/pareja doméstica e hijo(s) de pareja doméstica o hijastro(s) dentro de 31 días de haber dejado de ser elegibles, puede perder la capacidad como empleado de participar en el Programa de Beneficios del Estado.
- Nacimiento de un niño, adopción aprobada por la corte, colocación en adopción o tutela legal.
- Muerte de dependiente.
- Cambio en el estatus laboral del empleado del Estado de Nuevo México: empleo (cambiar de tiempo parcial a tiempo completo o viceversa), reducción de horas debido a FML, LWOP, y/o Discapacidad, o Licencia Militar.
- Cambio en el estatus de trabajo del esposo(a)/pareja doméstica que resulte en pérdida de cobertura grupal debido a

terminación o ganancia de otra cobertura debido a nuevo empleo.


- Cualquier otra circunstancia en la que el empleado tenía cobertura externa, luego pierde esta cobertura debido a circunstancias fuera de su control, la elegibilidad de participar en el Programa de Beneficios de SoNM debe ser evaluada por División de Gestión de Riesgos (RMD por sus siglas en inglés)

NOTA: Pérdida de un proveedor o un grupo de proveedores de la cobertura del portador no es un evento calificador.

RECONOCIMIENTOS

- Entiendo que es mi responsabilidad elegir y enviar cobertura para mí y mis dependientes elegibles dentro de los 31 días a partir de mi fecha de contratación y también entiendo que si no lo hago dentro de los 31 días, la próxima oportunidad disponible será 31 días a partir de un evento calificador, o el próximo evento anual de Inscripción Abierta.
- Elijo RENUNCIAR A TODOS los beneficios que se me ofrecen con la excepción de Seguro de Vida Básico que ofrece y paga el Estado de Nuevo Mexico.
- He completado y enviado un formulario de inscripción electrónico renunciando a todos los beneficios [State of New Mexico | Group Benefits \(mybenefitsnm.com\)](https://mybenefitsnm.com)

Al firmar este formulario, el empleado reconoce que a leído este documento en su totalidad y entiende sus responsabilidades requeridas para participar en el Programa de Beneficios del Estado de Nuevo México.

Instrucciones para firmar electrónicamente: Haga clic en "Tools" en la esquina superior izquierda, en el panel derecho de la ventana, haga clic en "Fill & Sign", haga clic en el icono "Sign"  en el panel de la ventana superior, elija la firma, arrastre y colóquela en el área deseada.

Nombre Impreso del Empleado/# de identificación del Empleado
**Por favor guarde una copia de este formulario para Sus registros*

Firma del Empleado y Fecha (Requerido)

Firma del Representante de Recursos Humanos

Fecha (Requerido)