

**NOTIFICACIÓN NACIONAL DE MANUTENCIÓN MÉDICA PARTE B
NOTIFICACIÓN DE MANUTENCIÓN MÉDICA AL ADMINISTRADOR DEL PLAN**

La presente notificación se emite en virtud del artículo 466(a)(19) de la Ley de Seguridad Social, del artículo 609(a)(5)(C) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) y, para los planes de las administraciones estatales y locales y de las iglesias, de los artículos 401(e) y (f) de la Ley de Incentivos y Rendimiento de la Manutención de menores de 1998(CSPIA). La recepción de esta Notificación por parte del Organismo Emisor constituye la recepción de una Orden de Manutención Médica para Menores en virtud de la legislación aplicable. Los derechos de las partes y las obligaciones del administrador del plan en virtud de la presente Notificación se suman a los derechos y obligaciones existentes que establece dicha ley. **La información sobre el progenitor custodio y el/los hijo(s) contenida en esta página es confidencial y no debe compartirse ni divulgarse con el empleado.** NOTA: A los efectos de este formulario, el Progenitor Custodio también puede ser el empleado cuando el Estado opta por tener políticas para hacer cumplir a los progenitores custodios.

Fecha de la notificación: _____ Organismo emisor: _____ Dirección: _____ Identificador del caso: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Número de FAX: _____	Autoridad judicial o administrativa: _____ Fecha de la orden: _____ Identificador de la orden: _____ Identificador de seguimiento del documento: _____ Página web del empleador: _____ Consulte las instrucciones NMSN: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/ocse/omb_0970-0222_a_instructions.pdf
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

_____ Número EIN federal del empleador/Retenedor	REF. _____ Nombre del empleado (apellidos, nombre, Seg.)
_____ Nombre del empleador/Retenedor	_____ Número de la Seguridad Social del empleado
_____ Dirección del empleador/retenedor	_____ Dirección postal del empleado
_____ Nombre del progenitor custodio (apellidos, nombre, segundo)_____	_____ Nombre del funcionario/organismo sustituido
_____ Dirección postal del progenitor custodio	_____ Dirección del funcionario o organismo sustituido (Obligatorio si se deja en blanco la dirección postal del progenitor custodio)
_____ Dirección postal del/de los menor(es) (si es distinta de la del progenitor custodio)	_____ Dirección postal de un representante del menor(es)
_____ Nombre y teléfono de un representante del menor(es)	
Nombre(s) de niño(s) Género FDN NSS	Nombre(s) niño(s) Género FDN NSS

La orden exige que los menores se inscriban en todas las coberturas sanitarias disponibles; o sólo en la(s) siguiente(s):
 Médica Dental Visión Medicinas con receta Salud Mental Otro (Especifique): _____

LEY DE REDUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE 1995 (P.L. 104-13) Ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar la revisión de la recopilación de información. **Número de control OMB: 1210-0113.**

Fecha de caducidad de la OMB: 30/11/2025.

RESPUESTA DEL ADMINISTRADOR DEL PLAN

(Debe llenarse y devolverse al organismo emisor en un plazo de 40 días hábiles a partir de la fecha de la notificación o antes si es razonable)

No. de caso _____ (a rellenar por el organismo emisor)

El administrador del plan recibió esta Notificación en esta fecha: _____ .

1. En esta fecha se determinó que esta Notificación era una “orden de manutención médica de menores cualificada”: _____
Rellene las respuestas **2 o 3, y 4**, si procede.
2. El afiliado (empleado) y el/los beneficiario(s) secundario(s) (hijo(s)) deben inscribirse en la siguiente cobertura familiar:
- a. El/los hijo(s) está(n) inscrito(s) actualmente en el plan como dependiente(s) del afiliado.
 - b. El plan solo ofrece un tipo de cobertura. El/los hijo(s) están incluidos como dependientes del afiliado en el plan.
 - c. El afiliado está inscrito en una opción que ofrece cobertura a los dependientes y los hijos se inscribirán en la misma opción.
 - d. El afiliado está inscrito en una opción que permite la cobertura de dependientes que no ha sido elegida; se le proporcionará cobertura de dependientes.
- La cobertura entra en vigor a partir del _____ (incluye un periodo de espera inferior a 90 días desde la fecha de recepción de la presente notificación). El/los hijo(s) ha(n) sido inscrito(s) en la siguiente opción: _____ (si el plan está asegurado, en el apéndice, sección 1 se encuentran los números de proveedor, póliza y grupo, así como las direcciones para presentar las solicitudes de reembolso). Cualquier retención necesaria debe comenzar si el empleador determina que está permitida en virtud de las limitaciones estatales y federales de retención y/o priorización.
3. Hay más de una opción disponible en el plan y el afiliado no está inscrito. El organismo emisor debe elegir entre las opciones disponibles. Cada hijo debe incluirse como dependiente en una de las opciones disponibles que ofrecen cobertura familiar. Si el organismo emisor no responde en el plazo de 20 días hábiles a partir de la fecha de devolución de esta respuesta, el/os hijo(s), y el afiliado en su caso, se inscribirán en la opción por defecto del plan, si la hubiera: _____ (si el plan está asegurado, consulte el apéndice, sección 1).
4. El afiliado está sujeto a un periodo de espera que expira _____ (más de 90 días a partir de la fecha de recepción de esta notificación), o no ha cumplido el periodo de espera, que se determina por alguna medida distinta del paso del tiempo, como la realización de un determinado número de horas trabajadas (descríbalo aquí: _____). Una vez transcurrido el periodo de espera, el administrador del plan tramitará la inscripción.
5. Esta Notificación no constituye una “orden de manutención médica de menores cualificada” porque:
- No está disponible el nombre del hijo(s) o del afiliado .
 - No está disponible la dirección postal del/de los hijo(s) (o de un funcionario sustituto) o del afiliado.
 - El/los hijo(s) identificado(s) en el apéndice, sección 2, ha(n) alcanzado o superado la edad en la que los dependientes ya no pueden optar a la cobertura del plan.

Administrador o representante del plan:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Segundo Nombre o MI: _____ Sufijo: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección Línea 1: _____

Dirección Línea 2: _____

Dirección Línea 3: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Ext. Cód. postal: _____

INSTRUCCIONES PARA EL ADMINISTRADOR DEL PLAN

El empleador arriba indicado le ha enviado esta notificación como administrador del plan de un plan de salud colectivo que mantiene el empleador (o un plan de salud colectivo al que contribuye el empleador) y en el que está inscrito o puede inscribirse el progenitor/afiliado que no tiene la custodia arriba indicado.

Esta notificación sirve para informarle que el progenitor/afiliado que no tiene la custodia está obligado, en virtud de una orden emitida por el tribunal o el organismo identificados anteriormente, a proporcionar cobertura sanitaria para el/los hijo(s) en virtud del/de los plan(es) de salud colectivo(s), tal y como se describe en la **Parte B**.

(A) Si el afiliado y el/los hijo(s) y sus direcciones postales (o la de un funcionario u organismo sustituido) están identificados más arriba, y si la cobertura para el/los hijo(s) está o estará disponible, esta Notificación constituye una "orden de manutención de menores médica cualificada" (QMCSO) en virtud de ERISA o CSPIA, según corresponda. (Si alguna dirección postal no está presente, pero es razonablemente accesible, no será justificación para que esta Notificación deje de ser una QMCSO). En un plazo de 40 días hábiles a partir de la fecha de esta Notificación, o antes si es razonable, usted debe:

(1) Llenar la Parte B - Respuesta del Administrador del Plan - y enviarla al Organismo Emisor:

(a) si ha marcado la Respuesta 2, llene la Sección 1 del Anexo y:

(i) notificar al progenitor/afiliado no custodio arriba mencionado, a cada uno de los hijos nombrados y al progenitor custodio que la cobertura de los hijos está o estará disponible (la notificación al progenitor custodio se considerará notificación a los hijos si residen en la misma dirección); y

(ii) facilitar al progenitor custodio una descripción de la cobertura disponible y la fecha de entrada en vigor de la misma, incluido, si no se ha facilitado ya, un resumen de la descripción del plan y todos los formularios, documentos o información necesarios para hacer efectiva dicha cobertura, así como la información necesaria para presentar las solicitudes de prestaciones.

(b) si ha marcado la respuesta 3:

(i) si aún no lo ha hecho, proporcione al organismo emisor copias de las descripciones resumidas del plan aplicables u otros documentos que describan la cobertura disponible, incluida la contribución adicional del afiliado necesaria para obtener cobertura para el hijo(s) en cada opción y si existe un área de servicio limitada para alguna opción;

(ii) si el plan tiene una opción por defecto, usted debe inscribir a su hijo(s) en la opción por defecto si no ha recibido una elección del organismo emisor en el plazo de 20 días hábiles a partir de la fecha en que devolvió la respuesta. Si el plan no tiene una opción por defecto, debe inscribir a su hijo(s) en la opción que seleccione el organismo emisor. Debe llenar la Sección I del Anexo.

(c) si el afiliado está sujeto a un periodo de espera que expira más de 90 días después de la fecha de recepción de esta notificación, o no ha completado un periodo de espera cuya duración está determinada por una medida distinta del paso del tiempo (por ejemplo, el cumplimiento de un determinado número de horas trabajadas), llene la respuesta 4 de la respuesta del administrador del plan y devuélvala al empleador y al organismo emisor, y notifíquelo al afiliado y al progenitor custodio; y una vez cumplido el plazo o el requisito, llene la inscripción de conformidad con las respuestas 2 o 3; y

(d) una vez realizada la afiliación, transfiera la información pertinente de la Parte B - Respuesta del administrador del plan al empleador para que determine si se dispone de las contribuciones necesarias del empleado. Informe al empleador que la inscripción se realiza en virtud de un Notificación Nacional de Manutención Médica.

(B) Si en un plazo de 40 días hábiles a partir de la fecha de esta Notificación, o antes si es razonable, usted determina que esta Notificación no constituye una QMCSO, debe responder la Respuesta 5 de la Parte B - Respuesta del administrador del plan y enviarla al Organismo Emisor e informar al progenitor/afiliado sin custodia, al progenitor con custodia y al/los hijo(s) los motivos específicos de su determinación. Identifique a los hijos que hayan alcanzado o superado la edad a partir de la que los dependientes ya no tienen derecho a la cobertura del plan en la sección 2 del anexo.

(C) Cualquier notificación requerida al progenitor custodio, hijo(s) y/o afiliado puede satisfacerse enviando a la parte una copia de la Respuesta del Administrador del Plan, si procede. Puede optar por proporcionar estas notificaciones electrónicamente de conformidad con los requisitos de la normativa sobre divulgación electrónica del Departamento de Trabajo codificada en 29 C.F.R. 2520.104b-1(c).

DENEGACIÓN ILEGAL DE INSCRIPCIÓN

No se podrá denegar la inscripción de un menor por los siguientes motivos (1) el hijo ha nacido fuera del matrimonio; (2) el hijo no figura como dependiente en la declaración del impuesto federal sobre la renta del afiliado; (3) el hijo no reside con el afiliado ni en la zona de servicio del plan; o (4) porque el hijo recibe prestaciones o tiene derecho a recibirlas en virtud del plan estatal de Medicaid. Si el plan exige que el afiliado esté inscrito para poder inscribir a su(s) hijo(s), y el afiliado no está inscrito actualmente, debe inscribir tanto al afiliado como a su(s) hijo(s) independientemente de si el afiliado ha solicitado la inscripción en el plan. Todas las afiliaciones deben realizarse sin tener en cuenta las restricciones de la temporada abierta.

PAGO DE RECLAMACIONES

Un menor cubierto por un QMCSO, o el progenitor custodio del menor, su tutor legal, o el proveedor de servicios al menor, o una agencia estatal en la medida en que se le asignen los derechos del menor, pueden presentar reclamaciones, y el plan efectuará el pago de las prestaciones cubiertas o el reembolso directamente a dicha parte.

PERIODO DE COBERTURA

El/los beneficiario(s) suplente(s) será(n) considerado(s) dependiente(s) en virtud de las condiciones del plan. La cobertura de un beneficiario secundario como dependiente finalizará cuando los dependientes en situación similar dejen de tener derecho a la cobertura en virtud de las condiciones del plan. No obstante, las disposiciones de cobertura continuada de ERISA u otras leyes aplicables pueden dar derecho al beneficiario secundario a continuar la cobertura en virtud del plan. Una vez inscrito un hijo en el plan según las indicaciones anteriores, no se podrá desafiliar al beneficiario secundario a menos que:

- (1) el administrador del plan reciba una prueba escrita satisfactoria de lo siguiente:
 - (a) la orden judicial o administrativa de manutención de menores antes mencionada ya no está en vigor, o
 - (b) el beneficiario secundario está o estará inscrito en una cobertura equivalente que entrará en vigor a más tardar en la fecha efectiva de desafiliación del plan;
- (2) El empleador suprime la cobertura sanitaria familiar para todos sus empleados; o
- (3) No se elige la continuación de la cobertura disponible o expira el periodo de dicha cobertura.

CONTACTO PARA PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, puede ponerse en contacto con el Organismo Emisor en la dirección y el número de teléfono indicados anteriormente (Parte B, página 1).

Si desea más información, incluida la manutención médica - FAQ para responder a las preguntas más comunes de los empleadores, consulte <https://www.acf.hhs.gov/css/form/national-medical-support-notice-forms-instructions>. Consulte también Aclaraciones sobre la política de aplicación de la manutención médica, <https://www.acf.hhs.gov/css/policy-guidance/medical-support-enforcement-policy-clarifications>.

NOTIFICACIÓN NACIONAL DE MANUTENCIÓN MÉDICA - APÉNDICE DE LA PARTE B

Fecha de la notificación: _____ Organismo emisor: _____ Dirección: _____ Identificador del caso: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Número de FAX: _____	Autoridad judicial o administrativa: _____ Fecha de la orden: _____ Identificador de la orden: _____ Identificador de seguimiento del documento: _____ Página web del empleador: _____ Consulte las instrucciones NMSN: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/ocse/omb_0970-0222_a_instructions.pdf
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN 1: DATOS DEL SEGURO MÉDICO

Utilice las secciones 1-1 a 1-6 para facilitar la información sobre los planes en los que está(n) inscrito(s) su(s) hijo(s). Llene toda la información siguiente para cada tipo de cobertura de asistencia sanitaria que reciba (en la que esté inscrito) su hijo(s) y adjunte este documento a la RESPUESTA DEL ADMINISTRADOR DEL PLAN llena.

SECCIÓN 1-1: SEGURO MÉDICO

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Nombre del proveedor de seguros _____ Número de grupo _____ Número de póliza _____

Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 1 _____ Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 2 _____

Ciudad de reclamaciones de proveedores de seguros _____ Estado _____ Código postal _____ Ext Código postal _____ Número de teléfono para reclamaciones de seguros _____

La cobertura del seguro médico también incluye: (Marque todas los que correspondan)

Dental Visión Medicamentos con receta Salud mental Otro (Especifique): _____

SECCIÓN 1-2: SEGURO DENTAL

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Nombre del proveedor de seguros _____ Número de grupo _____ Número de póliza _____

Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 1 _____ Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 2 _____

Ciudad de reclamaciones de proveedores de seguros _____ Estado _____ Código postal _____ Ext Código postal _____ Número de teléfono para reclamaciones de seguros _____

SECCIÓN 1-3: SEGURO VISIÓN

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Nombre del proveedor de seguros _____ Número de grupo _____ Número de póliza _____

Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 1 _____ Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 2 _____

Ciudad de reclamaciones de proveedores de seguros _____ Estado _____ Código postal _____ Ext Código postal _____ Número de teléfono para reclamaciones de seguros _____

SECCIÓN 1- 4: SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Nombre del proveedor de seguros _____ Número de grupo _____ Número de póliza _____

Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 1 _____ Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 2 _____

Ciudad de reclamaciones de proveedores de seguros _____ Estado _____ Código postal _____ Ext Código postal _____ Número de teléfono para reclamaciones de seguros _____

SECCIÓN 1- 5: SEGURO DE SALUD MENTAL Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Nombre del proveedor de seguros _____ Número de grupo _____ Número de póliza _____

Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 1 _____ Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 2 _____

Ciudad de reclamaciones de proveedores de seguros _____ Estado _____ Código postal _____ Ext Código postal _____ Número de teléfono para reclamaciones de seguros _____

SECCIÓN 1- 6: OTRO SEGURO Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Nombre del proveedor de seguros _____ Número de grupo _____ Número de póliza _____

Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 1 _____ Proveedor de seguros Dirección de reclamaciones Línea 2 _____

Ciudad de reclamaciones de proveedores de seguros _____ Estado _____ Código postal _____ Ext Código postal _____ Número de teléfono para reclamaciones de seguros _____

SECCIÓN 2: DATOS DE MENORES QUE YA NO REÚNEN LOS REQUISITOS

Utilice la siguiente sección para indicar los hijos que han alcanzado o superado la edad en la que los dependientes ya no pueden optar a la cobertura del plan.

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguridad Social