


Edificio **MAPFRE**
 Urb. Tres Monjitas Industrial
 297 Ave. Carlos Chardón, **San Juan**, PR 00918-1410

PO Box 71419, **San Juan** PR 00936-8519



Solicitud de Afiliación para Grupo

DATOS PERSONALES	Por favor, marque el plan en el que desea inscribirse: <input type="checkbox"/> MAPFRE MEDICARE EXCEL ELA (HMO-POS) <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	Patrón		Grupo #	
	Apellidos	Nombre (Sr./Sra./Srta.)	Inicial	
	Sexo M ___ F ___	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) ___ / ___ / _____	Correo electrónico	
	Teléfono Residencial	Teléfono 2	Celular	
	Dirección residencial permanente (no está permitido el apartado postal)			
		Pueblo	Código postal	
	Dirección postal (sólo si es diferente de la residencial)	Pueblo	Código postal	
	Persona contacto (en caso de emergencia)		Teléfono	Parentesco
	MEDICARE	Por favor, tenga a la mano su tarjeta de Medicare para completar esta sección. Llene los espacios en blanco que correspondan con su tarjeta roja, blanca y azul. También puede adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare, la carta del Departamento del Seguro Social o de la Junta de Retiro de Ferrocarriles. Recuerde que para afiliarse al plan Medicare Advantage debe tener la Parte A y la Parte B.	MEDICARE	 HEALTH INSURANCE
NOMBRE DEL BENEFICIARIO			Ejemplo	
NÚMERO DE RECLAMACIÓN MEDICARE			SEXO	
DADO DERECHO A			FECHA DE EFECTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> HOSPITAL (Parte A) <input type="checkbox"/> MÉDICO (Parte B)			_____ _____	

IMPORTANTE

1. ¿Es usted el beneficiario(a)? SÍ NO

Si respondió "SÍ", indique fecha de retiro (Día/Mes/Año) ___ / ___ / _____

Si contesto "NO", indique el nombre del retirado: _____

2. ¿Su cónyuge o dependiente está cubierto por este plan? SÍ NO

Si respondió "SÍ", indique el nombre del cónyuge: _____

Número de dependientes: _____

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan actualmente? SÍ NO

4. ¿Padece de enfermedad renal en estado terminal (ESRD)? SÍ NO i

Si respondió "SÍ" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular, o le han hecho un trasplante de riñón, adjunte una nota o documentación de su expediente médico mostrando que no necesita diálisis o que el trasplante e ha tenido éxito.

5. Algunas personas pueden tener otra cubierta de medicamentos incluyendo: otros seguros privados, cubierta de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas de asistencia para medicamentos del Estado. Además del plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS), ¿tiene alguna otra cubierta de medicamentos recetados? SÍ NO

Si respondió "SÍ", proporcione la siguiente información:

Nombre de la otra cubierta: _____

Número de identificación para esta cubierta: _____

6. ¿Vive en una residencia de cuidado a largo plazo, tal como un hogar de envejecientes?

SÍ NO Si respondió "SÍ", proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución: _____

Dirección física y teléfono de la Institución: _____

Por favor, seleccione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Médico: _____

Clínica o Centro de salud: _____

PCP

LENGUAJE

Si desea recibir información en algún otro idioma o formato que no sea español, favor de seleccionar una de las siguientes alternativas:

___ Inglés ___ Otro

Si necesita información en algún otro formato o idioma de los que aparecen arriba, favor de llamar a MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) al 1-888-750-5288. Nuestro horario de servicio es 24 horas / 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-479-6677.

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY

T 787.250.5288 T 1.888.750.5288 TTY 1.866.479.6677 F 787.772.8488

www.mapfremedicare.com



Lea y firme abajo

Al completar este formulario de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

El plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Necesitaré mantener mis Partes A y B de Medicare, para poder participar en un sólo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción a este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan de salud Medicare o un plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle la plan sobre cualquier cubierta de medicamentos recetados que tengo o que puedo obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es por todo un año. Una vez inscrito, puedo retirarme o hacer cambios sólo en ciertas épocas del año, cuando el periodo de inscripción este disponible (Ejemplo: Noviembre 15 - Diciembre 31 de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

El plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) sirve a un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS), debo notificarle al plan para retirarme y ubicar un plan nuevo en mi nueva área. Una vez que soy miembro del plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS), tendré derecho para apelar las decisiones del plan sobre el pago o servicios con los que estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de Cubierta del plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) cuando lo reciba, para familiarizarme con las reglas que debo seguir para recibir cubierta con el plan Medicare Advantage. Yo entiendo que beneficiarios con Medicare usualmente no son cubiertos bajo Medicare mientras están fuera del país, excepto a una cubierta limitada cerca de la frontera de E.U.

Entiendo que empezando en la fecha que inicia la cubierta de MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS), debo recibir todo cuidado de salud a través de MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS), con la excepción de emergencias o servicios urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por el plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de Cubierta del plan MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) (también conocido como el contrato de los miembros o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **ni Medicare ni MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY pagarán por los servicios** .

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, productor, u otra persona empleada por, o contratada por MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS), él / ella pueden ser compensados basado en mi inscripción a MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS).

Servicios de consejería pueden estar disponibles en mi estado para ofrecer asesoramiento relacionado al seguro suplementario de Medicare u otro plan Medicare Advantage, o el plan de Medicamentos Recetados al igual que opciones relacionadas a la asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY

T 787.250.5288 T 1.888.750.5288 TTY 1.866.479.6677 F 787.772.8488

www.mapfremedicare.com

Divulgación de información

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Además, reconozco que MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) divulgará mi información, incluyendo la data de mi receta médica a Medicare, quien puede divulgarla para investigaciones y otros propósitos que aplican a las leyes y regulaciones Federales. A mi entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en representación del individuo, de acuerdo a las leyes del Estado donde resido) en esta solicitud, significa que he leído y entendido el contenido de la misma. Si una persona autorizada firma (tal como se describe arriba), la firma certifica que: 1) la persona está autorizada bajo la ley del Estado a completar esta inscripción, y 2) la documentación correspondiente a esta autorización, se encuentra a disposición de MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) o por Medicare, según sea requerido.

FIRMA

FECHA DE HOY

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: ____ - ____ - _____

Relación con el inscrito: _____

Para uso de oficina únicamente:

Nombre del empleado/agente/productor (si lo ayudaron a completar la inscripción): _____

Número de identificación del plan #: _____ Fecha de efectividad de la cubierta: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No Elegible: _____

H5821_ENRenr0018_1A10 spa

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY

T 787.250.5288 T 1.888.750.5288 TTY 1.866.479.6677 F 787.772.8488

www.mapfremedicare.com