




## Solicitud de Afiliación para Plan Grupal

Por favor, contacte a MAPFRE Medicare Excel si necesita información en otro idioma o formato (Braille)

SISTEMA DE RETIRO : _____ # de Grupo: _____																															
<b>PLAN</b>	Por favor, marque el plan en el que desea inscribirse: <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel ELA (HMO-POS) _____ <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Grupal _____ <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel UPR _____																														
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">APELLIDOS</td> <td style="width:15%;">INICIAL</td> <td style="width:52%;">NOMBRE (Sr./Sra./Srta.)</td> </tr> <tr> <td>FECHA DE NACIMIENTO (Día/Mes/Año) ____/____/____</td> <td>SEXO M _____ F _____</td> <td>CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td>TELÉFONO RESIDENCIAL</td> <td>TELÉFONO 2</td> <td>CELULAR</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DIRECCIÓN RESIDENCIAL PERMANENTE (no está permitido el apartado postal)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>MUNICIPIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CÓDIGO POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DIRECCIÓN POSTAL (sólo si es diferente a la residencial)</td> <td>MUNICIPIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CÓDIGO POSTAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PERSONA CONTACTO (en caso de emergencia)</td> <td>TELÉFONO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>PARENTESCO</td> </tr> </table>		APELLIDOS	INICIAL	NOMBRE (Sr./Sra./Srta.)	FECHA DE NACIMIENTO (Día/Mes/Año) ____/____/____	SEXO M _____ F _____	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO 2	CELULAR	DIRECCIÓN RESIDENCIAL PERMANENTE (no está permitido el apartado postal)					MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN POSTAL (sólo si es diferente a la residencial)		MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL	PERSONA CONTACTO (en caso de emergencia)		TELÉFONO		
APELLIDOS	INICIAL	NOMBRE (Sr./Sra./Srta.)																													
FECHA DE NACIMIENTO (Día/Mes/Año) ____/____/____	SEXO M _____ F _____	CORREO ELECTRÓNICO																													
TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO 2	CELULAR																													
DIRECCIÓN RESIDENCIAL PERMANENTE (no está permitido el apartado postal)																															
		MUNICIPIO																													
		CÓDIGO POSTAL																													
DIRECCIÓN POSTAL (sólo si es diferente a la residencial)		MUNICIPIO																													
		CÓDIGO POSTAL																													
PERSONA CONTACTO (en caso de emergencia)		TELÉFONO																													
		PARENTESCO																													
<b>DATOS PERSONALES</b>	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, o 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.																														
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>MEDICARE</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>HEALTH INSURANCE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">NOMBRE DEL BENEFICIARIO</td> <td colspan="2">Ejemplo</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NÚMERO DE RECLAMACIÓN MEDICARE</td> <td colspan="2">SEXO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DADO DERECHO A</td> <td colspan="3">FECHA DE EFECTIVIDAD</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> HOSPITAL (Parte A)</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> MÉDICO (Parte B)</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>	<b>MEDICARE</b>			<b>HEALTH INSURANCE</b>		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)		_____		
<b>MEDICARE</b>			<b>HEALTH INSURANCE</b>																												
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)		_____																													
<b>MEDICARE</b>	<b>Por favor, lea y conteste estas preguntas importantes:</b> 1. ¿Es usted el retirado? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO  En caso de responder "SI", indique la fecha de retiro (Mes/Día/Año): _____ En caso de responder "NO", Indique el nombre del retirado(a): _____																														
	2. ¿Esta incluyendo a su cónyuge o dependientes bajo el plan del patrono ó unión? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la contestación es "SI", nombre del cónyuge: _____ Nombre de los dependientes: _____																														
	3. ¿Usted o su cónyuge trabajan actualmente? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO																														
	4. ¿Padece de enfermedad renal en estado terminal (ESRD)? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, <b>por favor adjunte una nota o registros</b> de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.																														
	5. Algunas personas pueden tener otra cubierta de medicamentos incluyendo: otros seguros privados, compensación al trabajador, beneficios para veteranos o programas de asistencia para medicamentos del Estado. Además del plan MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) ¿tiene alguna otra cubierta de medicamentos recetados? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO En caso de responder "Sí", enumere dichas cubiertas y los números de ID correspondientes: Nombre de la otra cubierta: _____ Núm. de ID para esta cubierta: _____																														
	6. ¿Vive en una residencia de cuidado a largo plazo, tal como un hogar de envejecientes? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre de la Institución: _____ Dirección física y teléfono de la Institución: _____																														
<b>IMPORTANTE</b>	Por favor, seleccione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:  <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">_____</td> <td style="width:50%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE DEL PCP</td> <td style="text-align: center;">TELÉFONO DEL PCP</td> </tr> </table>	_____	_____	NOMBRE DEL PCP	TELÉFONO DEL PCP																										
	_____	_____																													
NOMBRE DEL PCP	TELÉFONO DEL PCP																														
<b>PCP</b>	Si desea recibir información en algún otro idioma o formato que no sea español, favor de seleccionar una de las siguientes alternativas: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Cintas de audio <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Otro Si necesita información en algún otro formato o idioma de los que aparecen arriba, favor de llamar a MAPFRE Medicare Excel 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.																														
<b>LENGUAJE</b>																															



### Lea esta información importante

Si actualmente tiene cubierta de salud de un patrono o unión, inscribirse en MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) podría afectar los beneficios de salud que su patrono o unión le proporcionan. Puede perder su cubierta de salud de un patrono o unión si se inscribe en MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS). Recomendamos que lea los comunicados que su patrono o unión le envían. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o póngase en contacto con la oficina que indican en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde a preguntas sobre su cubierta, le pueden ayudar.

### Lea y firme abajo

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

MAPFRE Medicare Excel (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 al 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 esté disponible (Ejemplo: 15 de octubre - 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) sirve a un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan MAPFRE Medicare Excel (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 (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 (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 Estados Unidos.

Entiendo que empezando la fecha en que inicia la cubierta de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) debo recibir todo cuidado de salud a través de MAPFRE Medicare Excel (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 y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de Cubierta del plan MAPFRE Medicare Excel (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, él / ella pueden ser compensados basado en mi inscripción a MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS).

### Divulgación de información

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que MAPFRE Medicare Excel 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 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 desafiado 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 por Medicare.

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_