

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

<b>DATOS PERSONALES</b>	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)					
				MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	
	DIRECCIÓN POSTAL (sólo si es diferente a la residencial)			MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	
	PERSONA CONTACTO (en caso de emergencia)			TELÉFONO	PARENTESCO	
<b>PLAN</b>	Por favor, marque el plan en el que desea inscribirse:					
	<input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) _____ \$0 <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) _____ \$0 <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Premier (HMO-POS) _____ \$31 Las cantidades corresponden con el pago que debe hacer mensualmente.					
<b>MEDICARE</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.					
	<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)			_____			
Recuerde que para afiliarse al plan Medicare Advantage debe tener la Parte A y la Parte 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:**

El plan 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: Noviembre 15 - Diciembre 31 de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

El plan 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 E.U.

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 (HMO-POS) 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 (HMO-POS), él / ella pueden ser compensados basado en mi inscripción a MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS).

**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](http://www.mapfremedicare.com)

Al unirme a este plan, aseguro que no estoy recibiendo ningún tipo de ayuda financiera de mi actual patrono, grupo o unión (o del actual patrono, grupo o unión de mi cónyuge) destinados para: la compra de servicios médicos o cubierta médica, los medicamentos recetados o cubierta de medicamentos recetados, o para pagar, en todo o en parte, mi inscripción en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos de Medicare.

### 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 (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 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 de MAPFRE Medicare Excel (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\_ENRenr0007\_1A10 spa  
CMS Approval 20/10/09

**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](http://www.mapfremedicare.com)