




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

Solicitud de Afiliación

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

DATOS PERSONALES	APELLIDOS		NOMBRE (Sr./Sra./Srta.)		INICIAL	
	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	
PLAN	PERSONA CONTACTO (en caso de emergencia)		TELÉFONO	PARENTESCO		
	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 VIP (HMO) _____ \$0 <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) _____ \$0					
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, o la carta del Departamento del Seguro Social o de la Junta de Retiro de Ferrocarriles.					
			NOMBRE DEL BENEFICIARIO Ejemplo _____			
			NÚMERO DE RECLAMACIÓN MEDICARE SEXO _____			
PAGO	Recuerde que para afiliarse al plan Medicare Advantage debe tener la Parte A y la Parte B.		DADO DERECHO A FECHA DE EFECTIVIDAD <input type="checkbox"/> HOSPITAL (Parte A) _____ <input type="checkbox"/> MÉDICO (Parte B) _____			
	Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede enviar su pago por correo, "Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), "tarjeta de crédito" mensual o trimestral. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a MAPFRE Medicare Excel.					
PAGO	Personas con ingresos limitados pueden cualificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el co-aseguro. Adicional, aquellos que cualifiquen no estarán sujetos al periodo sin cobertura o penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre ayuda extra, contacte su oficina del Seguro Social, o llame al 1-800-772-1213. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar a la ayuda extra en línea a través de www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp .					
	Si usted cualifica para ayuda extra con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados por Medicare, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare. Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.					

PAGO	Favor de seleccionar una opción de pago de la prima: <input type="checkbox"/> Recibir una factura: <input type="radio"/> mensual <input type="radio"/> trimestral <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta de banco cada mes. Por favor adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información: Nombre del dueño de la cuenta: _____ Número de ruta: _____ Número de cuenta: _____ Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito. por favor de incluir la siguiente información. Tipo de tarjeta: _____ Nombre del tenedor de la cuenta (tal y como aparece en la tarjeta): _____ Número de cuenta: _____ Fecha de expiración: _____ (mes/año)	
	<input type="checkbox"/> Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)	
IMPORTANTE	Por favor, lea y conteste estas preguntas importantes: 1. ¿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, por favor adjunte una nota o registros 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. 2. Algunas personas pueden tener otra cubierta de medicamentos incluyendo: otros seguros privados, TRICARE, 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 (HMO-POS), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) o MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO) ¿tiene alguna otra cubierta de <u>medicamentos</u> 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: _____ Número del grupo para esta cubierta: _____ 3. ¿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: _____ _____	
	4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si respondió "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____	
	5. ¿Usted o su cónyuge trabajan actualmente? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
PCP	Por favor, seleccione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: _____ _____ NOMBRE DEL PCP TELÉFONO DEL PCP	
LENGUAJE	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.	



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cubierta de salud de un patrono o unión, inscribirse en los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y 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 los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y 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:

Los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y HMO-POS) son un plan Medicare Advantage y tienen 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.

Los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y HMO-POS) sirven a un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan MAPFRE Medicare Excel (HMO y 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), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) o MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO) 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), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) o MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO) 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), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) o MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO), debo recibir todo cuidado de salud a través de MAPFRE Medicare Excel, con la excepción de emergencias o servicios urgentes para 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), MAPFRE Medicare Excel Extended (HMO-POS) o MAPFRE Medicare Excel VIP (HMO), (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 los planes MAPFRE Medicare Excel (HMO y HMO-POS).

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 Recetados de Medicare.

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, según sea requerido.

_____	Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:
FIRMA	Nombre: _____
_____	Dirección: _____
FECHA DE HOY	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: _____