

Solicitud de Afiliación

DATOS PERSONALES	APELLIDOS		NOMBRE (Sr./Sra./Srta.)		INICIAL					
	SEXO M ___ F ___	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año) ___ / ___ / ___		SEGURO SOCIAL ___ / ___ / ___						
	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO						
	DIRECCIÓN RESIDENCIAL									
				MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL					
	DIRECCIÓN POSTAL (sólo si es diferente a la residencial)			MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL					
	PERSONA CONTACTO (en caso de emergencia)			TELÉFONO	RELACIÓN					
¿PERTENECE USTED A LA REFORMA? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO										
PLAN	Por favor, marque el plan en el que desea inscribirse:									
	<input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel _____ \$0 <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Extended _____ \$0 <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Gold _____ \$4		<input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Premier _____ \$15 <input type="radio"/> MAPFRE Medicare Excel Deluxe _____ \$75.01							
Las cantidades corresponden con el pago que debe hacer mensualmente.										
MEDICARE	Sírvase sacar su tarjeta de Medicare para completar esta sección. Llene los espacios en blanco para que correspondan con su tarjeta roja blanca y azul. O 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.									
						MEDICARE HEALTH INSURANCE				
						NAME OF BENEFICIARY				
						MEDICARE CLAIM NUMBER		SEX		
FORMAS DE PAGO	Usted puede hacer que le deduzcan automáticamente la prima mensual de su cheque del Seguro Social. Si usted no elige esta opción, le enviaremos una factura mensual que puede pagar por correo o por una transferencia electrónica de fondos. Por lo general debe permanecer con la opción que eligió por el resto del año. Si usted cumple con los requisitos para recibir asistencia adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados, Medicare puede cubrir todo o parte de su prima del plan. Marque si desea que se deduzca de su cheque mensual esta parte que Medicare no cubra, según aplique.									
	1. ¿Desearía que la prima de este plan se deduzca de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO									
	2. ¿Desea acogerse al plan de retiro electrónico de fondos de su cuenta bancaria de ahorros o cheques? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO									
3. Factura mensual por correo con sobre predirigido para facilitar el pago. <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO										

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY T 787.250.5288 T 1.888.750.5288 TTY 787.753.6677 F 787.772.8488 www.mapfremedicare.com

Continuación Solicitud de Afiliación

IMPORTANTE	<p>Por favor, lea y conteste estas preguntas:</p> <p>1. ¿Padece de enfermedad renal en estado terminal (ESRD)? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si respondió "SÍ" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular, o le han hecho un trasplante de riñón, sírvase adjuntar una nota o documentación de su expediente médico mostrando que no necesita diálisis o que el trasplante ha tenido éxito.</p> <p>2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales o programas de asistencia para medicamentos del Estado. ¿Tendrá usted alguna otra cobertura para medicamentos recetados además del plan MAPFRE Medicare Excel? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO En caso de responder "SÍ", enumere dichas coberturas y</p>	<p>los números de ID correspondientes: Nombre de la otra cobertura: _____ ID Núm. para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____</p> <p>3. ¿Vive usted 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 y teléfono de la institución (número y calle): _____</p> <p>4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: _____</p> <p>5. ¿Trabajan usted o su cónyuge? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO</p>
PCP	<p>Sírvase seleccionar su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud (si se requiere):</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DEL PCP</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">TELÉFONO DEL PCP</p>	

Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un patrono o unión, inscribirse en MAPFRE Medicare Excel podría afectar los beneficios de salud que su patrono o unión le proporcionan. Si tiene cobertura de salud de un patrono o unión, inscribirse en MAPFRE Medicare Excel puede modificar el funcionamiento de su cobertura actual. Lea los comunicados que su patrono o unión le envían. Si tiene preguntas, 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 cobertura, lo pueden ayudar.

Lea y firme abajo

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

El plan MAPFRE Medicare Excel es un plan Medicare Advantage y necesitaré mantener mis Partes A y B. Sólo puedo participar en un solo plan Medicare Advantage a la vez. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura 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. Puedo retirarme de este plan sólo en ciertas épocas del año, o bajo ciertas circunstancias especiales, enviando una solicitud a MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY o llamando al 1-800-Medicare. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El plan MAPFRE Medicare Excel sirve a un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan MAPFRE Medicare Excel, 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, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o servicios con los que estoy en desacuerdo. Estoy consciente de que los servicios fuera de la red de proveedores contratadas esta sujetos a unos coaseguro/co-pagos mayores. Leeré la Evidencia de Cobertura del plan MAPFRE Medicare Excel cuando lo reciba para familiarizarme con las reglas que debo seguir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage.

Entiendo que empezando con la fecha en que se inicia la cobertura del plan MAPFRE Medicare Excel; debo recibir todos los servicios para la atención de mi salud del plan MAPFRE Medicare Excel, con la excepción de emergencias o servicios urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Los beneficiarios de Medicare por lo general, no están cubiertos por Medicare mientras están fuera

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY

T 787.250.5288 T 1.888.750.5288 TTY 787.753.6677 F 787.772.8488

www.mapfremedicare.com

Continuación Lea y firma abajo

del país excepto por cobertura limitada en Canadá y México. Se cubrirán los servicios autorizados por el plan MAPFRE Medicare Excel y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de Cobertura del plan MAPFRE Medicare Excel (también conocido como el contrato de los miembros o acuerdo del suscriptor).

Divulgación de información

Al inscribirme en MAPFRE Medicare Excel, reconozco que el plan 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. A mi mejor saber y 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 reside el individuo) 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) esta 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 o por Medicare, según sea requerido.

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

 SU FIRMA

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: ____ - ____ - ____

Relación con el inscrito: _____

 FECHA DE HOY

Para uso de oficina únicamente

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

Número de identificación del plan: _____

Fecha de efectividad de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____

AEP: _____ SEP (tipo): _____

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY

T 787.250.5288 T 1.888.750.5288 TTY 787.753.6677 F 787.772.8488

www.mapfremedicare.com