



## Plan de Salud Menonita

## Solicitud de Ingreso 20

Número Grupo	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	Producto:	#PSM:
		Cubiertas: <input type="checkbox"/> Ley 95 <input type="checkbox"/> Ley 63 <input type="checkbox"/> Ley 117 <input type="checkbox"/> Ley 43 <input type="checkbox"/> Complementario <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> S Vida <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> _____	Edad
Número de División	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial		Estado Civil <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Coh
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Efectividad	Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Celular:
Mes / Día / Año	- -	Mes / Día / Año	Tel. Alterno:
Vencimiento	Dirección Postal: _____		
Mes / Día / Año			
Agencia o Municipio	Puesto	Pueblo del Trabajo	Clasificación <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M
Asoc. Bonafide (Ley 117/43)			

Estatus:  Regular  Probatorio  Transitorio más de 6 meses  Transitorio menos de 6 meses¿Tiene usted otro plan médico?  No  Sí Indique cuál:

## Plan Mancomunado: Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge o cohabitante

Nombre del Cónyuge o Cohabitante:	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año / /	Seguro Social - -	
Agencia o Municipio:	# Grupo	Aportación Patronal	Pueblo de Trabajo:

## Dependientes Directos y/o Opcionales

Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro social	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Parte A y/o B de Medicare: Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene medicare favor acompañar evidencia  Si  No

Usted	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:
Cónyuge	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:
Cómputo de Prima		Tarifas	He sido orientado de:
Cubierta seleccionada		\$	<input type="checkbox"/> Farmacia; beneficio máximo y coaseguro después del exceso en cubierta.
Gastos Médicos Mayores		\$	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores
Visión		\$	<input type="checkbox"/> Transplante de Órganos <input type="checkbox"/> Cubierta Dental
Dental		\$	<input type="checkbox"/> Proceso para solicitar reembolso
Seguro de Vida		\$	<input type="checkbox"/> Todas las Cubiertas a las que tenía derecho
Dependiente Opcional		\$	
*Menos Aportación Patronal		\$ -	* La Aportación Patronal y el descuento del Empleado dependerá de la Agencia o el Municipio.
*Menos Aportación Mancomunado		\$ -	
*Aportación Total del Empleado		\$	

La cubierta de seguro de vida es provista por [Universal Life Insurance Company]. Si su cubierta incluye seguro de vida opcional y usted decide acogerse, escriba el nombre de la(s) persona(s) que recibirá(n) el beneficio de su seguro. Un suscriptor puede nombrar a uno (1) o más beneficiarios para recibir la cantidad pagadera a su muerte. La suma del por ciento debe ser 100%. El nombramiento o cambio de beneficiario debe ser: por escrito, firmado por el suscriptor y registrado en Plan de Salud Menonita, Inc.

Beneficiario(s) Primario(s)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Relación	%
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
Beneficiario(s) Contingente(s)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Relación	%
	/ /		
	/ /		

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a PSM a obtener o facilitar a mis proveedores o agencias contratadas, la información necesaria para la administración del Plan Médico. Autorizo además, la divulgación de la información médica de ser necesario, según conforme a lo establecido por Ley HIPAA. Entiendo claramente que esta solicitud y los servicios provistos bajo el Plan Médico están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en la Guía del Suscriptor.

Certifico estar de acuerdo con toda la información incluida en esta solicitud.

\*Ver al dorso

/ /

Firma del Suscriptor

Fecha

(Mes/Día/Año)

Nombre y firma del representante autorizado: **Janelly Marcano (6)**

## Instrucciones e información Importante

- 1) Favor leer el resumen de beneficios que aplique a la cubierta seleccionada.
- 2) Escriba la información provista sobre la cubierta contratada con bolígrafo en letra de molde (no use lápiz). Escriba de manera legible. Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. Conserve copia con fecha de entrega.
- 3) Solicitud de Ingreso: Marque con una X si es un ingreso nuevo o renovación. De ser mancomunado, marcar el encasillado con una x y a su vez marcar si es ingreso nuevo o renovación.
- 4) Nombre del Suscriptor Principal y Número de Seguro Social: El suscriptor principal debe escribir su nombre completo y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina.
- 5) Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, e indique con una X los encasillados que apliquen.
  - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la aportación patronal, pero sí a suscribirse en el Plan.
  - Retirados sin derecho a la aportación patronal tienen derecho de suscribirse pagando en su totalidad la prima.
- 6) Plan: Marque con una X la categoría del plan: Individual, Pareja o Familiar. Marque con una X si añades alguna cubierta adicional, si aplica.
  - Todo pensionado con las partes A y/o B de Medicare tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
- 7) Plan Mancomunado: (*Si aplica*) Incluya la información de su cónyuge o cohabitante solo si trabaja en una agencia o municipio del Gobierno y reciba aportación patronal. Si es cohabitante debe incluir el documento de elegibilidad que provea el patrono (Modelo SC 1335).
- 8) Dependientes Directos: Cónyuge o cohabitante, un(a) hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción menor de veintiséis (26) años, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años, un(a) hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo(a) por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas (presentar evidencia), hijastros(as), hijos(as) de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal, en una relación de parentesco/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del(de la) suscriptor (a) principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico, menor no emancipado(a) cuya custodia haya sido adjudicada al suscriptor principal, persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al(la) asegurado(a) principal .
- 9) Dependientes Opcionales: Se define un dependiente opcional de la siguiente manera según descrito en el Reglamento 8398 según enmendado,
  - Familiar del(de la) suscriptor(a) principal o su cónyuge o persona cohabitante mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del suscriptor(a) principal y que dependa sustancialmente de éste(a) para su sustento.
  - Padre y madre del(la) suscriptor (a) principal, o los de su cónyuge o cohabitante, aunque no vivan bajo el mismo techo y que dependa sustancialmente de éste(a) para su sustento.
- 10) Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos:
  - Si incluye a un dependiente opcional con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
  - Es importante que a los dependientesopcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
  - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
- 11) Cómputo de Prima: Favor de verificar que en el cómputo de la prima este incluido todas las cubiertas solicitadas y dependiente opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
- 12) Verificar que esté firmada por el representante autorizado por PSM.
- 13) Firme la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.
- 14) Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa, la falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida o errores en retenciones del patrono y accesos a su cubierta.
- 15) Retenga la última hoja de la solicitud (Copia Amarilla) como acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado al Plan y copia (Verde) a la agencia o municipio.
- 16) En el caso de que el pago de la prima contratada por el suscriptor principal no sea pagado por la agencia por falta de información o información incorrecta, el suscriptor será responsable del pago total de la misma.  
(Hacer referencia al artículo 11.10 y 11.11 del Reglamento #8398, 31 de octubre de 2013 (Reglamento para la contratación de los planes de beneficios de salud para los empleados públicos.)

### Ley Antifraude

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de mil (\$1,000) dólares ni mayor de cinco mil (\$5,000) dólares.