

No escriba en áreas sombreadas

HEALTH PLAN, INC.

PO Box 192179 San Juan PR, 00919-2179

Red de Proveedores **INTERNATIONAL MEDICAL CARD**

SOLICITUD PLAN MEDICO • 2012

INGRESO NUEVO

RE-INGRESO

RENOVACION

SEGURO SOCIAL

CODIGO

Edad

Fecha de Nacimiento (M/D/A)

Estado Civil

Sexo

		-								/	/		
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial

Tel. Casa

Dirección Residencial

Tel. Alternativo

Dirección Postal

Celular

PATRONO

PLAN

Agencia

Región

Plan Único (Ley 158)

Individual

Pareja

Familiar

Unión General de Trabajadores (UGT)

Está usted en trámite de: Retiro, Indique fecha:

Licencia sin sueldo. Indique fecha de comienzo:

PLAN (Si tiene Medicare es requisito incluir copia de la tarjeta)

¿Tiene usted otro seguro médico? SI NO Indique cuál: **Para uso de First Medical solamente**

PLAN MANCOMUNADO: Si aplica favor de completar información sobre el cónyuge; incluir forma SC-1335

Agencia del Cónyuge	División	Seg. Soc. del Cónyuge	# de Cuenta
Nombre del Cónyuge	Fecha de Nac.	Pueblo de Trabajo	Plan
			B/Package

SELECCIÓN DE CUBIERTA

OPCIONAL

Cubierta Requerida: CUBIERTA BASICA, FARMACIA (\$3,000)*, DENTAL y VISION

Cubierta Premium: CUBIERTA BASICA, FARMACIA (\$2,500)**, DENTAL y VISION

Major Medical

Seguro de Vida

* Del dólar \$3,001 en adelante aplica un copago de \$55.00 por medicamento

** Del dólar \$2,501 en adelante aplica un copago de \$55.00 por medicamento

DEPENDIENTES DIRECTOS (Refiérase a la Guía del suscriptor para la definición de dependientes directos)

Suf	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (m/d/a)	Sexo	Code	Indique si tiene otro plan, Estudiante Universitario o Incapacitado. Incluya evidencia.
	Cónyuge					/ /			
						/ /			
						/ /			
						/ /			

SEGURO DE VIDA: BENEFICIARIOS (total de porcentajes tiene que sumar 100)

Añadir	Eliminar	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Sexo	Code	Fecha de Nac. (M/D/A)	Parentesco	Porcentaje

Para uso de First Medical solamente

COMPUTO DE PRIMA

Para uso de First Medical solamente

Cubierta Básica + Farmacia + Dental + Visión = \$ _____ + Major Medical \$ _____ + Seguro de Vida \$ _____ = \$ _____

Costo Total \$ _____ - Aportación Patronal \$ _____ - Aportación Mancomunado \$ _____ = Aportación Empleado \$ _____

Nombre Representante Autorizado (letra de molde) y firma: _____ Número _____

Firma del suscriptor

Fecha

Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un Testigo

Nombre del Testigo y/o Representante Legal X _____ Núm. de Teléfono: _____

Firma del Testigo y/o Representante Legal X _____ Relación con el Suscriptor: _____

INSTRUCCIONES

Organización de Servicios de Salud



1. Lea el folleto que aplica al contrato. Todas las secciones sombreadas en gris son para el uso exclusivo del Plan.
2. Escriba en maquinilla o con bolígrafo en letra de molde (no use lápiz). 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 una **renovación**.
4. **NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** El Suscriptor principal debe escribir su **nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina**. Escriba toda la información personal solicitada.
5. **PATRONO:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo 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 si a suscribirse en el Plan.
 - Empleados en Licencia Sin Sueldo deberán notificar la fecha en que comenzaron dicha licencia
 - Si está en licencia sin sueldo por más de 12 meses no tiene derecho a la aportación patronal
6. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Incluya la información de sus dependientes directos.
 - Las primeras dos líneas, están reservadas para la información de su cónyuge.
 - Si no tiene cónyuge y tiene otros dependientes directos (Ej. hijos) escriba la información a partir de la línea de cónyuge.
 - Los hijos son elegibles como dependientes directos hasta cumplir los 26 años de edad.
7. **SEGURO DE VIDA:** Complete la información sobre la designación de **beneficiarios** para la cubierta de Seguro de Vida. Sólo el servidor público tiene derecho a esta cubierta. De necesitar más espacio para los beneficiarios deberá indicar en la solicitud que incluirá los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
8. **COMPUTO DE PRIMA:** Favor de verificar que en el cómputo de Prima se hayan incluido todas las cubiertas solicitadas. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
9. Verificar que esté firmada por el orientador.
10. **Firme** la solicitud y escriba **la fecha en que entregó la solicitud**.
11. 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.
12. Retenga la segunda hoja de la solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado al Plan.

Tarifas del Hospital Pediátrico Universitario Dr. Antonio Ortiz - UGT (Periodo de Cubierta – 2012)

Tipo de Cubierta	Cubierta Requerida			Cubierta Premium		
	Cubierta Básica, Farmacia (\$3,000*), Dental Y Vision	Opcionales		Cubierta Básica, Farmacia (\$2,500**), Dental Y Vision	Opcionales	
		Major Medical	Seguro De Vida		Major Medical	Seguro De Vida
Individual	\$167.00	\$12.00	\$1.50***	\$150.00	\$15.00	\$1.50***
Pareja (suscritor y dependiente directo)	\$355.00	\$16.00	\$1.50***	\$336.00	\$17.00	\$1.50***
Familiar 3 personas o más	\$461.00	\$20.00	\$1.50***	\$421.00	\$20.00	\$1.50***
Dependiente Opcional Menor de 65 años	\$367.00	\$18.00	N/A	\$326.00	\$15.00	N/A
Dependiente Opcional Mayor o igual a 65 años sin Medicare Parte A y B	\$838.00	\$36.00	N/A	\$390.00	\$30.00	N/A
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	\$309.00	\$24.00	N/A	\$348.00	\$28.00	N/A

* Del dólar \$3,001 en adelante aplica \$55 de copago por medicamento
 ** Del dólar \$2,501 en adelante aplica \$55 de copago por medicamento
 ***Sólo aplica a suscriptor principal

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude 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 será menor de (\$1,000) mil dólares ni mayor de (\$5,000) cinco mil.

Una vez usted como beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado o enmendado, a menos que no realice el pago de la prima y cumpla con los periodos de gracia que concede el Código de Seguros; que haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, o cualquier otro acto que represente un delito, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Artículo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A seco 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

FIRMA: _____

FECHA: _____

Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme a las descritas en el Contrato Uniforme. Certifico que he recibido copia de la Ley o resumen de los derechos y responsabilidades del paciente, según lo establece la Ley 194 " Carta de Derechos del Paciente". Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y Cubiertas a la Administración de Servicios de Salud (ASES).

Autorizo al Plan a obtener de proveedores de servicio la información médica relacionada conmigo y con mis dependientes que sea necesaria para la administración del plan.