

Solicitud de Ingreso MENONITA MAX

<input type="checkbox"/> Ingreso Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Evento Calificante <input type="checkbox"/> Conversión	Fuma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Efectividad: Mes _____ Día _____ Año _____
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro	Vencimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Nombre del Suscriptor Principal

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre / Inicial	Seguro Social
			- -

Dirección Postal (Urb . Condominio, PO Box, Sector o Barrio)

Pueblo: _____ Código Postal: _____

Dirección Física (Urb . Condominio, PO Box, Sector o Barrio)

Pueblo: _____ Código Postal: _____

Teléfono	Celular	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
() -	() -	Mes	Día	Año		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Tiene otro Plan Médico? Sí No Indique cual: _____ Correo electrónico: _____

Dependientes Directos

Parentesco	Apellidos Paternos / Maternos / Nombre/ Inicial	Edad	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento mes/día/año	Seguro Social
Cónyuge o Cohabitante				/ /	- -
Hijo(a) 1				/ /	- -
Hijo(a) 2				/ /	- -
Hijo(a) 3				/ /	- -
Hijo(a) 4				/ /	- -
Hijo(a) 5				/ /	- -

Selección de Cubiertas

Platino Gold 1 Gold 2 Gold 3
 Cubiertas Opcionales _____

Individual: Pareja: Familiar: < 4 > 5

Autorización para el uso y divulgación de información de salud

Al usted completar esta solicitud y acogerse a la cubierta del Plan de Salud Menonita, Inc., usted autoriza que podamos usar y divulgar su información de salud protegida y demográfica para las siguientes actividades que son inherentes a nuestra operación que incluyen, pero no se limitan a: suscripción, coordinación de servicios y beneficios, evaluación y mejoras de calidad, programas de manejo de casos y condiciones, auditorías de expedientes clínicos y de utilización de servicios, investigaciones de fraude, reaseguros, resolución de quejas y querellas, administración, pago y ajustes de reclamaciones, intercambio de información con los socios de negocios que administran servicios con proveedores de servicios de salud que le brindan servicios, información a agencias de crédito y la planificación del negocio. Esta autorización tiene validez por 2 años. Aún, luego de la terminación de su contrato, Plan de Salud Menonita, Inc. puede usar su información para completar actividades relacionadas con su contrato o según sea requerido y permitido por ley.

Compartimos información con nuestros socios de negocio, que proveen servicios a nombre nuestro y participan en las funciones de administración del plan médico o la coordinación de sus beneficios. Sólo compartimos información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la confidencialidad de la información compartida y limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato. En caso de que algún socio de negocio terminara operaciones, nosotros mantendremos su información para la continuidad de sus servicios. En nuestras funciones de administración del plan médico o beneficio, podremos usar y divulgar información, sin su autorización, para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud como, por ejemplo:

Tratamiento: A un proveedor de servicios médicos para que le brinde algún tratamiento.

Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su cubierta; coordinar beneficios; cobro de primas; y otras actividades relacionadas.

Entidades Cubiertas Afiliadas: Estas compañías están sujetas a las mismas leyes que requieren protección para su información de salud.

Operaciones de Cuidados de Salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de seguridad del paciente, credencialización, manejo de enfermedades. También podemos divulgar información de salud resumida. Ésta, resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones de servicios prestados a los participantes del plan.

Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley.

Programas gubernamentales de beneficios: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley.

Salud y seguridad Pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:

Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;

- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para actividades de investigación científica;
- Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

✓ **Servicios Relacionados con su Salud:** Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Podríamos usar su información para llamarle o escribirle para recordarle citas de servicios clínicos o las pruebas preventivas que necesite de acuerdo con su edad o condición de salud.

✓ **Con Su Autorización:** Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser re-divulgada por el recipiente de esta y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidas por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted. La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la autorización para el siguiente propósito:

- Para sustentar o facilitar la comunicación del tratamiento en curso para un padecimiento o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

✓ **A su Familia y Amigos:** A menos que usted solicite una restricción, podemos divulgar de forma limitada información suya a los familiares inmediatos o amistades que estén involucradas en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos. Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le proveeremos la oportunidad de objetar dicha divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

✓ **Terminación de la relación de servicio:** No compartimos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, cubiertas o servicios con nosotros, excepto según lo permita la ley.

✓ **Medidas de seguridad:** Hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros empleados y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

Autorización de Envío de Cubierta de Manera Electrónica

USTED DEBE LEER CUIDADOSAMENTE EL SIGUIENTE AVISO. Este aviso contiene información importante sobre sus derechos, al igual que limitaciones y exclusiones que pudieran aplicarle. Reconozco que tengo derecho a que se me envíe la cubierta por correo o se me entregue personalmente. No obstante, entiendo y aseguro que al firmar este aviso consiento a que Plan de Salud Menonita, Inc. me envíe la cubierta, avisos y otros documentos (en adelante "documentos"), mediante envío electrónico, sin costo adicional. El envío electrónico de los documentos se considerará el equivalente a y sustituirá el envío por escrito mediante correo postal o entrega personal. Entiendo que tengo el derecho de optar a que se me envíen documentos de manera impresa por correo postal o personalmente, sin costo adicional. Reconozco que la entrega electrónica de los documentos es estrictamente voluntaria y que la efectividad o validez de una cubierta no dependerá de mi consentimiento para el envío electrónico de documentos. No se podrá cancelar, negarse a emitir o negarse a renovar mi cubierta debido a mi negativa a consentir al envío electrónico. Puede acceder a todos sus documentos desde cualquier dispositivo electrónico, ya sea computadora, tableta, teléfono inteligente iPhone o Android, abriendo su navegador de preferencia y entrando su correo electrónico. Una vez usted autoriza la entrega de los documentos por medios electrónicos usted certifica que tiene disponible el equipo electrónico adecuado para acceder a los mismos. Cuando sea necesario, se le notificará en detalle de cualquier cambio en las especificaciones del equipo o aplicación que sea necesario para acceder o retener los documentos o información electrónica que se le remita.

Puedo revocar este consentimiento y/o actualizar mi información en cualquier momento mediante comunicación al Centro de Atención al Cliente de Plan de Salud Menonita, Inc. (1-866-221-9636). Aun cuando haya dado mi consentimiento, mantengo mi derecho a recibir copia impresa de los Documentos mediante correo postal o entrega personal en cualquier momento sin costo adicional.

Ninguna notificación de cancelación o terminación de cubierta se realizará exclusivamente mediante envío electrónico; este tipo de notificación siempre se hará mediante correo postal o entrega personal.

Firma: _____

Fecha: _____

Notificación de Antifraude

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de cubierta 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 un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de 3 años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá aumentarse hasta un máximo de 5 años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta un mínimo de 2 años."

Certificación de Responsabilidad de Pago

Nombre y Apellidos Persona Responsable del Pago de Prima: _____

Núm. Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma Persona Responsable del Pago de la Prima

Fecha

Christian Lartigaut

Christian Lartigaut

177

Nombre Representante Autorizado PSM

Firma Representante Autorizado PSM

Código Representante Autorizado PSM

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS



Número Identificación del Asegurado	Número de Póliza		
	09-00484-000		
Nombre del Tenedor de Póliza:			
Seguro Social del Asegurado:	Marque a que Clasificación Pertenece:		
	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Asesor <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> (Otro) _____		
Nombre del Asegurado:			
_____	_____	_____	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	
Dirección del Asegurado:		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
		Mes Día Año	
Fecha de Ingreso:	Fecha de Efectividad:	Salario Mensual: \$ _____	
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
Mes Día Año	Mes Día Año		
Nombre y Apellidos del Beneficiario(s) *	%	Fecha de Nacimiento	Relación
		Mes Día Año	
Certifico que la información suministrada en este documento es correcta:			
_____	_____	_____	_____
Firma del Asegurado	Mes	Día	Año
<ul style="list-style-type: none"> A no ser estipulado de otro modo, en caso de que dos beneficiarios o más sean designados, el importe será pagado en partes iguales a los beneficiarios o beneficiarios que sobreviven al asegurado. Si ningún beneficiario sobreviviese, el pago sería hecho conforme a las disposiciones de la ley. La última designación de beneficiarios excluye totalmente a los beneficiarios designados anteriormente. La fecha de efectividad de esta designación quedará sujeta a la fecha en que entre en vigor la póliza correspondiente. 			

Nombre de persona orientada: _____

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Certifico que fui orientado en las siguientes áreas:

- Breve descripción de la cubierta; límites en farmacia, copagos, y/o coaseguros y exclusiones aplicables. Además, se le orientó sobre la tarifa que será una de base a la edad que se tenga al primero de enero de cada año.
- Cubiertas son prepagadas y sus respectivos pagos mensuales deben realizarse entre los días 25 al 30 previo al próximo mes.
- Cubierta opcional de Seguro de Vida; costo adicional a la prima mensual de \$1.60, solo cubre al suscriptor principal y el beneficio será de \$5,000 muerte natural y/o \$10,000 muerte accidental.
- Todas las opciones de pago incluyendo, pero no limitadas a débito directo.
- Cancelaciones de cubierta deberán realizarse **por escrito** en o antes del día 15 del mes. La cancelación será efectiva el día 1 (uno) del próximo mes, de lo contrario sería para el 1 (uno) del mes subsiguiente a este.
- Entregó identificación con foto del suscriptor principal.
- En casos de menores de edad y/o persona responsable del pago de la cubierta, se deberá completar la sección **“Certificación de Responsabilidad de Pago”** en la solicitud de ingreso y entregar identificación válida con foto de la persona que será responsable del pago de la prima.
- Entregó copia del Certificado de Nacimiento de cada suscriptor o pasaporte.
- Recibió resumen de Beneficios de su cubierta, también conocido como “SBC”.
- No hay derecho a reembolsos en proveedores no contratados (*Cuando aplique*)
- Se le orientó sobre cómo acceder el Directorio de Proveedores a través de www.planmenonita.com
- Si usted ingresa fuera del periodo de suscripción garantizada establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico y no presenta un evento calificante, le aplicará un periodo de espera de 90 días a todos los servicios en su cubierta, excepto en casos por servicios de emergencia.

Nombre Suscriptor Principal

Fecha: _____
Mes Día Año

Firma Suscriptor Principal

Firma Tutor y/o Responsable de cuenta

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO DIRECTO INDIVIDUOS

PLAN DE SALUD
MENONITA

Nuevo Cambio Cancelación Fecha de Efectividad: _____

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR(A)

Nombre: _____

Número de Contrato: _____

Teléfonos: Residencial _____ Trabajo _____ Celular _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DE PAGO AUTOMÁTICO

Autorización de Débito Bancario

Nombre según aparece en el estado de cuenta del Banco:

Cheque Ahorro

Núm. de ruta y tránsito (ABA) (9 dígitos):

Núm. de Cuenta: _____

Los días 5 de cada mes Los días 15 de cada mes

Autorización Tarjeta de Crédito

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito:

Número de Tarjeta de Crédito:

Fecha de Expiración: Mes _____

Zip Code _____

Año _____ CVV _____ AMEX

Master Card Discovery VISA

NOTA: Si la cuenta de banco o tarjeta de crédito no está a nombre del asegurado, es el poseedor de la cuenta o tarjeta quien debe firmar esta autorización. La solicitud de débito debe estar acompañada de evidencia de la cuenta bancaria (certificación de cuenta o cheque void). En el caso de tarjeta de crédito, debe incluir identificación con foto del responsable de la tarjeta de crédito.

Términos Aplicables

1. Esta autorización prevalecerá en vigor hasta que Plan de Salud Menonita reciba una carta de cancelación por parte del suscriptor o poseedor de la cuenta. Esta notificación deberá ser enviada treinta (30) días antes de la fecha de efectividad.
2. Debe incluir un cheque nulo si su cuenta es de cheque o estado de cuenta si el descuento es a través de cuenta de ahorro.
3. En haber un cambio en cuenta bancaria, es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva Autorización de Débito Directo.
4. Sus estados de cuenta serán sus recibos de pago.
5. Si su pago se devuelve por fondos insuficientes, se realizarán intentos de cobros adicionales para cobrar el balance mensual. Dichos intentos se realizarán posterior al día 20 de cada mes.
6. Plan de Salud Menonita se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.
7. Me comprometo a notificar con anticipación sobre cambios en la cuenta bancaria o tarjeta de crédito, ya sea por cambio de cuenta, cancelación o fecha de expiración.
8. Plan de Salud Menonita no se hace responsable por los cargos que la institución financiera de su preferencia descuenta en cuenta o cargos por servicios de cuentas canceladas o con fondos insuficientes

Firma:

Fecha de Autorización:

**PLAN DE SALUD MENONITA (PSM) AUTORIZACIÓN PARA
USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (A)**

Esta autorización es:	<input type="checkbox"/> Tramitada por el suscriptor	<input type="checkbox"/> Solicitada por PSM
Nombre del Suscriptor: (Letra de Molde)	Fecha de Nacimiento: (Día/Mes/Año)	
Número de Contrato:		
Dirección:		
Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Email: _____		
(A) Por la presente autorizo a PSM a utilizar y/o divulgar la Información Protegida de Salud según se describe a continuación. Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación. Entiendo que esta información se recopiló de bancos de data de PSM y/o sus socios de negocio. (Favor seleccionar una opción).		
<input type="checkbox"/> Acceso a toda la información	<input type="checkbox"/> Acceso a información limitada médica protegida	<input type="checkbox"/> Pagos y cuenta
<input type="checkbox"/> Cambio de demografía	<input type="checkbox"/> Limitar información sobre diagnósticos	<input type="checkbox"/> Limitar información sobre facturas médicas
(B) Autorizo a las siguientes personas (o clases de personas) en la siguiente dirección, a recibir y hacer uso y/o divulgación autorizada de mi Información Protegida de Salud:		
Nombre: (Letra de Molde)	Fecha de Nacimiento: (Día/Mes/Año)	
Parentesco:	Teléfono:	
Dirección:		
Nombre: (Letra de Molde)	Fecha de Nacimiento: (Día/Mes/Año)	
Parentesco:	Teléfono:	
Dirección:		
(C) Mi Información Protegida de Salud se utilizará o divulgará para los siguientes propósitos: (Favor seleccionar una opción o indicar otro propósito).		
<input type="checkbox"/> A solicitud del individuo	<input type="checkbox"/> Procedimiento Judicial	
(D) Esta autorización es válida desde _____ hasta _____		
	(Día/Mes/Año)	(Día/Mes/Año)
(E) Si usted es representante autorizado del asegurado favor seleccionar la opción que le otorga dicha autoridad y enviar copia del documento:		
<input type="checkbox"/> Poder legal	<input type="checkbox"/> Certificación del médico	

**PLAN DE SALUD MENONITA (PSM) AUTORIZACIÓN PARA
USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (B)**

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, según notificado Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi revocación se deberá hacer por escrito y enviada a PSM. Reconozco que mi revocación no será efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a usar y/o divulgar la Información Protegida de Salud hayan actuado conforme a esta autorización o en la medida en que esta autorización haya sido provista como condición para obtener cobertura de seguro u otra Ley provee al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización cuando la misma es solicitada por PSM. Si me niego a firmarla, no se afectará mi elegibilidad para cobertura.

Entiendo la posibilidad de que la Información Protegida de Salud provista a través de esta solicitud sea redivulgada por el receptor. Si la re-divulgación se hace a alguien que no está obligado a cumplir con los reglamentos federales de protección de privacidad, dicha información podría no estar protegida.

Suscriptor o Representante Autorizado: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo (De ser necesario): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Este documento contiene información confidencial que es para el uso exclusivo del Plan de Salud Menonita (PSM), cualquier persona que tenga, acceso sin autorización de PSM favor de contactar al Plan de Salud Menonita, Departamento de Cumplimiento al 1-844-335-2864.