

SOLICITUD DE INGRESO Y CAMBIO GRUPAL

Favor complete la solicitud con tinta negra y legible. El documento debe completarse en todas sus partes y ser firmada para poder ser procesada.

- Nuevo Ingreso
 Cambio*
 Renovación con cambio*
 Ley COBRA
 Reinstalación*
 Terminación*
 Cubierta Opcional -Programa de Asistencia al Viajero

* Motivo del cambio, renovación o terminación:

CUBIERTA DENTAL

FECHA DE EFECTIVIDAD DE CONTRATO (M/D/A)	NÚMERO DE GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO
		ASEC
TIPO DE CONTRATO		TIPO DE COBERTURA (SUPREME)
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> ASEC 1 <input type="checkbox"/> ASEC 2

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		INICIAL
SEGURO SOCIAL (Requerido)		CÓDIGO EMPLEADO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	ESTADO CIVIL
				M D A	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DIRECCION POSTAL				TELEFONOS CONTACTO (Incluir Código de área)		
				CASA:		
				CELULAR:		
PUEBLO	PAÍS / ESTADO	CÓDIGO POSTAL		OFICINA:		
				EMAIL:		

MEDICO PRIMARIO:

INFÓRMACION DEL PATRONO

NOMBRE DEL PATRONO	FECHA DE EMPLEO	PUESTO QUE OCUPA
	M D A	

¿TIENE OTRO SEGURO MEDICO? SI NO Compañía: _____ Núm Póliza: _____

DEPENDIENTES DIRECTOS

APELLIDOS, NOMBRE, INICIAL (Cónyugue e Hijos)	SEGURO SOCIAL (Requerido)	GENERO	CÓDIGO	FECHA DE NACIMIENTO
Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		M D A
Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		M D A
Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		M D A
Parentesco		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		M D A

LEY COBRA

INDIQUE EL EVENTO
 Renuncia
 Retiro
 Divorcio
 No elegible como dependiente
 CUALIFICADOR LEY COBRA
 Cesantia
 Muerte
 Empleado acogido a Medicare
 Otro: _____

FECHA DE NOTIFICACION AL PATRONO	FECHA DE EFECTIVIDAD LEY COBRA	FECHA DE EVENTO	SOLICITADO POR:
M D A	M D A	M D A	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente directo

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 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 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 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 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. 26 L.P.R.A. § 2725.

Solicito a Auxilio Salud Plus, Inc. cubierta de beneficios para mí y para mis dependientes, si alguno. Tengo el conocimiento que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritas en la cubierta. Certifico que la información provista en esta solicitud es correcta y autorizo a Auxilio Salud Plus, Inc. a verificar la misma.

Autorizo a Auxilio Salud Plus, Inc. a obtener de los proveedores de servicios los expedientes médicos relacionados a mi persona y a mis dependientes que sean necesarios para la administración del plan, siguiendo la Ley de HIPAA.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR O SOLICITANTE

FRIMA DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO

FECHA (M/D/A)

AVISO SOBRE LA CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Yo _____, cumpliré con las obligaciones establecidas en el Artículo 16 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000, la cual lee así: Se le requiere y exige a todo suscriptor que se familiarice con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. Como prueba del cumplimiento de tal requisito se le requiere a todo suscriptor que, con anterioridad a la firma de cualquier contrato, firme una declaración o relevo escrito en el cual se haga constar que le fue suministrada, leyó y se ha familiarizado con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o con el resumen aprobado por el Departamento de Salud. Si tiene alguna duda o necesita orientación sobre sus derechos o responsabilidades favor de comunicarse con la Oficina de la Procuraduría de Salud al 787-977-1100 (metro) ó 1-800-981-0031 (isla) o escriba al P.O. Box 11247, San Juan, PR 00910-2347. Por ese medio relevo a Auxilio Salud Plus, Inc. de cualquier responsabilidad que pueda surgir de mi incumplimiento con lo dispuesto en este documento y en el Artículo 16 de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000.

Recibí un resumen adecuado y razonable de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FIRMA DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL	FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO
CODIGO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA (M/D/A)	FECHA (M/D/A)

DERECHOS DEL SUSCRIPTOR

- * Ser tratado con respeto y con derecho a la dignidad y privacidad.
- * Recibir información de su médico, así como participar en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico.
- * Participar en todas las decisiones de su cuidado médico y de salud, incluyendo rechazar el tratamiento médico.
- * Recibir de parte de su médico toda la información sobre su condición, opciones de tratamientos disponibles y sus costos.
- * Discutir las opciones de tratamiento médicamente necesarias para su condición, independientemente del costo y/o que el servicio esté cubierto.
- * Su proveedor de servicios de salud deberá respetar y obedecer sus decisiones y preferencias en cuanto a su tratamiento.
- * Recibir orientación de su médico sobre las guías o directrices adelantadas de su preferencia y el método para establecerlas. Hacer uso de las mismas para su tratamiento médico.
- * Seleccionar el grupo médico, proveedor de servicios primarios, especialistas, laboratorio, farmacia y rayos X de su preferencia, que estén incluidos en la lista de proveedores de salud de Auxilio Salud Plus, Inc.
- * Cambiar de grupo médico, proveedor de servicios primarios siguiendo los procesos establecidos por Auxilio Salud Plus, Inc.
- * Su información médica será mantenida bajo estricta confidencialidad por sus proveedores de servicios de salud, conforme al estándar de privacidad de la Ley HIPAA.
- * Sujeto a cualquier requisito de pago de prima, en caso de cancelación o terminación de un plan o proveedor, el paciente podrá continuar recibiendo los servicios del mismo durante un periodo de transición de noventa (90) días, contado a partir de la fecha de la terminación del plan o proveedor. El paciente tiene derecho a que la organización le notifique dicha terminación o cancelación, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación. o En los casos de terminación o cancelación de un paciente que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de la hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente.
- * En los casos de terminación o cancelación de un paciente que se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el periodo de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos lo que suceda último.
- * En caso de paciente diagnosticado con condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con esa condición antes de la fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.
- * Ser atendido(a) en cualquier Sala de Emergencias en Puerto Rico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización de su proveedor de servicios primarios u organización.
- * Recibir trato igual, considerado y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de salud.
- * No se discriminará en contra de ningún paciente por causa de la naturaleza pública o privada de las facilidades ni de cualquier consideración a criterios de raza, color, sexo, edad, religión, origen o identificación étnica o nacional, ideología política, incapacidad física o mental presente o futura, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago del usuario o consumidor de dichos servicios y facilidades.
- * Todo proveedor, institución médica hospitalaria y toda organización proveerán a todo paciente, acceso rápido a los expedientes y records de éste.
 - El paciente tiene derecho a recibir copia de su récord médico en un periodo que no excederá de cinco (5) días, en los casos en que el expediente médico sea solicitado a una institución medica hospitalaria, el mismo deberá ser entregado en un término no mayor de quince (15) días laborables, mediant e el pago de un costo razonable el cual no excederá de setenta y cinco (.75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (25) dólares por récord médico.
- * Tener disponible mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver las diferencias con sus planes de cuidado de salud y cualquier profesional o facilidades de cuidado médico y también, tener disponible una manera de apelar cualquier decisión.
- * A que sea fácil para usted conseguir los servicios médicos adecuados para su condición.
- * Recibir servicios médicos cuando lo solicite y sean médicamente necesarios, que estén incluidos en su cubierta de beneficios. Ninguna cubierta de salud podrá imponerle cláusulas de mordazas a sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios o cláusulas penales u otros mecanismos contractuales que interfieran con la habilidad o capacidad de los proveedores de comunicarse con dichos suscriptores y beneficiarios sobre las opciones de tratamiento disponibles.
- * Radicar una querrela ante Auxilio Salud Plus, Inc. en cualquier momento que usted no esté satisfecho(a) con los servicios que está recibiendo. Debe referirse a la parte posterior de su tarjeta donde encontrar el número de teléfono de Servicio al Cliente.
- * Presentar querrela o reclamo ante la Oficina de la Procuraduría de Salud a través de su línea libre de cargos 1-800-981-0031 o metro 787-977-1100.
- * Derecho a solicitar o que se le provea un recibo de los gastos incurridos por concepto de pago, parcial y/o total de deducible u otros, al momento de efectuar los mismos, incluyendo, como mínimo nombre de la facilidad o proveedor de servicios, número de licencia y especialidad, fecha de servicio prestado, nombre del paciente, nombre de la persona que paga los servicios si no es el paciente, cantidad pagada por servicio, y firma del oficial autorizado por la facilidad o proveedor.
- * Recibir servicios de un especialista según la lista de proveedores de Auxilio Salud Plus, Inc. de acuerdo a los procedimientos de referido establecidos por su plan médico.
- * Leer su contrato o libro de beneficios de cubierta.

RESPONSABILIDAD DEL SUSCRIPTOR

- * Proveer a su médico la información de salud más completa y exacta que le sea posible, sobre su condición de salud actual, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otros asuntos relacionados.
- * Informarle a su médico los cambios inesperados en su condición de salud.
- * Proveer copia de sus directrices o guías adelantadas por escrito, si existen, de sus deseos de recibir o no tratamiento médico para prolongar la vida.
- * Mantenerse en buen estado de salud llamando y visitando a su proveedor de servicios primarios.
- * Seguir el tratamiento médico acordado con su médico.
- * Informar a su profesional de la salud si anticipa problemas en el tratamiento prescrito.
- * Los pacientes son responsables de reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud personal y asumir la responsabilidad inicial personal por su propia salud y cuidado.
- * Participar en todas las decisiones relacionadas a su cuidado de salud.
- * Proveer información necesaria sobre planes médicos y de colaborar con el proveedor en relación a sus respectivos arreglos financieros cuando esto sea necesario para pagar oportunamente todas las cuentas y factura que le son remitidas.
- * Informar si tiene otro plan médico.
- * Informar a las autoridades sobre cualquier actuación impropia o fraude del que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
- * Responsabilidad de cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios de salud, y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.
- * Informarse sobre el tipo de cubierta, opciones, beneficios, límites, exclusiones, referidos, y procedimientos de radicación, revisión y solución de querrelas de su plan médico.
- * Pagar el deducible asignado, según indique su tarjeta.
- * Respetar que los servicios de este plan son para la persona que se suscribe. El uso indebido de la Tarjeta de Salud Auxilio Salud Plus, Inc., es prohibido por ley.
- * Respetar el disfrute de otras personas al servicio ofrecido en las facilidades de salud. Los pacientes, sus familiares o acompañantes son responsables de hacer los arreglos correspondientes para que la necesidad del hospital, de otros pacientes, de la facultad médica, y de otros empleados no sean afectados por sus actuaciones particulares.
- * Reconocer los riesgos y límites de la medicina y la posibilidad de equivocarse (falibilidad) del profesional de la salud.
- * No demostrar conducta inmoral ni alterar la paz en las facilidades de salud.

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Esta solicitud contiene información confidencial y privilegiada por lo que la información aquí presentada es para uso exclusivo de la persona o de Auxilio Salud Plus, Inc. La redistribución, divulgación o duplicación de este documento está estrictamente prohibido. Si usted ha recibido este documento por error, por favor notifíquelo inmediatamente al 787-756-5971 para hacer los arreglos de devolución o destrucción del documento.



Autorización para Débito Directo

(Favor de completar en letra de molde)

Nombre Suscriptor Principal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Efectividad: _____

Autorizo a Auxilio Salud Plus, Inc., a debitar de mi institución bancaria la cantidad abajo mencionada para el pago de la prima mensual de mi plan de salud.

*Cuenta a Nombre de: _____

Nombre de la Institución Bancaria: _____

Número de Ruta y Tránsito: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

Tipo de Cuenta: ** Cheque *** Ahorros Cantidad: \$ _____

Por este medio usted autoriza Auxilio Salud Plus Inc. a debitar de su cuenta bancaria los cargos mensuales para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento automático se realizará el día quince (15) de cada mes. Todo descuento automático devuelto conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento.

Firma del Suscriptor Principal

_____/_____/_____
Fecha de Autorización

* Si la cuenta de banco no está a nombre del suscriptor principal, se deberá incluir carta de autorización del poseedor de la cuenta.

** Si su cuenta es de Cheques, favor de incluir un cheque “nulo” de su institución bancaria junto a esta autorización firmada. En caso de no tener chequera, debe hacer entrega de una certificación de su institución bancaria.

*** Si su cuenta es de Ahorros debe hacer entrega de una certificación de su Institución Bancaria.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA/ MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO/ VIDA PARA DEPENDIENTES - SOLICITUD DEL EMPLEADO

División	Clase
----------	-------

Información sobre el Solicitante (Por favor, use letra de molde)

Nombre del Solicitante (Apellidos)		Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Número Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		
Dirección Postal Calle	Ciudad	Estado	Código	
Título/Ocupación	Salarios \$	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Por hora
Nombre del Patrono:	Número de Teléfono ()	Número de Póliza Grupal		
Dirección del Patrono:			Fecha del Empleo (Tiempo Completo) Mes Día Año	
¿Está usted desempeñando todos los deberes de su ocupación regular a tiempo completo (30 horas o más)?				Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CUBIERTA(S) SELECCIONADA(S)

VIDA ÚNICAMENTE CLASE	CANTIDAD \$	VIDA / ADD CANTIDAD \$	VIDA SUPLEMENTARIA CANTIDAD \$	VIDA DEPENDIENTE(S) CÓNYUGE \$	HIJOS \$
BENEFICIARIOS DESIGNADOS					
BENEFICIARIO(S) PRIMARIO(S) NOMBRE	DIRECCIÓN		RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	CANTIDAD O PORCIENTO DE BENEFICIO	
BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(S) NOMBRE	DIRECCIÓN		RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	CANTIDAD O PORCIENTO DE BENEFICIO	

SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTES(S) (Disponible únicamente si el empleado está cubierto bajo seguro de vida o vida/AD&D) o para asegurar a sus dependientes, favor de completar los siguientes encasillados (el solicitante es el beneficiario para todos los dependientes asegurados)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			Sexo
	Mes	Día	Año	
Cónyuge				
Hijos				

PLAN CONTRIBUTORIO

Autorizo a _____, a descontar de mi salario hasta próximo aviso la cantidad igual a las contribuciones que se requieren para el pago de la prima del Seguro Colectivo bajo las pólizas emitidas a mi patrono por Universal Life Insurance Co. La deducción inicial es de \$ _____. semanal mensual

PLAN NO CONTRIBUTORIO

Solicito al Seguro Colectivo bajo las pólizas emitidas a mi patrono por Universal Life Insurance Company.

Aviso: "cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar 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 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 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." (artículo 27.320 de la ley #18 del 8 de enero de 2004)

Fecha:	Firma del Empleado que Solicita
PARA USO DE LA OFICINA PRINCIPAL SOLAMENTE	
NÚMERO DEL CERTIFICADO:	FECHA EFECTIVIDAD DE CUBIERTA:
	FECHA TERMINACIÓN:

A quien pueda interesar:

Quiero por este medio reconocer a Medicalink, Corp. como la Agencia General de seguros para mi cubierta médico-hospitalaria, sin limitarse a gestiones en el futuro de negociar cubierta y/o beneficios que pudieran surgir con las compañías de seguros en mi beneficio.

Igualmente autorizo, en cumplimiento a la ley HIPAA, que se le entregue a Medicalink, Corp. cualquier información médica mía que pueda ésta necesitar, a raíz de una investigación solicitada por mí.

Sin otro particular quedo

Atentamente,

Nombre Asegurado

Fecha

Firma Asegurado

Plan Médico

Número de Seguro Social

Cubierta

Correo Electrónico