

Humana.

Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
382 Ave FD Roosevelt
San Juan PR 00918-2131



Solicitud de Ingreso

Plan Mi Salud del Gobierno de Puerto Rico

Para Retirados Ley 70

SUSCRIPTOR PRINCIPAL									
Núm. Seguro Social Retirado						FAVOR DE NO ESCRIBIR EN ZONAS SOMBRÉADAS			
Nombre Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno					
Estado Civil	Sexo	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año		Edad	Teléfono Residencial		Sub Grupo		
Teléfono Alternativo:						Plan Code			
Dirección Postal Completa: Calle Núm. Apartado Pueblo Zip Code						Clave Agencia			
Dirección Residencial Completa: Calle Núm. Urb. ó Barrio Pueblo Zip Code						Efectividad			
Tipo de cobertura:						Esta usted en trámite de:			
<input type="checkbox"/> Individual		<input type="checkbox"/> Pareja				<input type="checkbox"/> Familiar			

INFORMACION FAMILIAR									
<p>NOTA: Incluir Conyuge e hijos hasta 26 años.</p> <p>Cada miembro de la familia tiene que solicitar su propio Médico Primario dentro del mismo Grupo Médico Primario del Suscriptor Principal.</p> <p>Esta selección tiene que hacerse antes de que sea procesada esta Solicitud de Ingreso.</p>									
Parentesco	Seguro Social		Sexo	Nombre	Inicial	Apellido Materno	Apellido Paterno	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	
Retirado									
	GMP			Nombre Médico Primario			Número Médico Primario		
Cónyuge									
	GMP			Nombre Médico Primario			Número Médico Primario		
Hijo (a)									
	GMP			Nombre Médico Primario			Número Médico Primario		
Hijo (a)									
	GMP			Nombre Médico Primario			Número Médico Primario		
Hijo (a)									
	GMP			Nombre Médico Primario			Número Médico Primario		

¿Está usted o alguno de sus dependientes cubiertos por otro plan médico o por Medicare?

Si tu respuesta es "SI", por favor completa la siguiente información:

SI

NO

Nombre de Miembro(s) con otro Plan Médico	Nombre Otra Compañía de Seguro	Núm. De Póliza	Indique Tipo de Cubierta (Ver Leyenda)	Fecha de Efectividad

TIPO DE CUBIERTA DEL OTRO SEGURO MEDICO

*** Leyenda**

1- Hospital Solamente

2- Hospital y Ambulatorio

3- Hospital, Ambulatorio y Dental

4- Hospital, Ambulatorio, Dental y Farmacia

5- Ambulatorio

6- Ambulatorio y Farmacia

7- Ambulatorio y Dental

8- Ambulatorio, Dental y Farmacia

9- Hospital, Ambulatorio y Farmacia

Certificación del Suscriptor:

Por la presente solicito de Humana Health Plan of PR, Inc. ("HUMANA") cubierta de beneficios ofrecidos a mí y a mis dependientes si alguno. Entiendo que los servicios están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones establecidos por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Autorizo a HUMANA a obtener de proveedores de servicios los historiales médicos míos y/o de mis familiares miembros del plan, necesarios para la administración de mi contrato con HUMANA. En caso de cancelación del plan, devolveré las tarjetas de identificación a HUMANA y asumiré la responsabilidad del costo de los servicios de salud que se presten a cualquier miembro bajo el contrato a partir de la fecha de cancelación.

Autorizo a HUMANA y las entidades pertinentes tales como ASES, "Health Care Financing Administratio" (HCFA), el contralor de Puerto Rico, los "Peer Review Organization" (PRO), y sus agentes autorizados a que tengan acceso a todos los historiales médicos y documentos necesarios para examinar, auditar y fotocopiar todos los récords y los expedientes médicos a los fines de evaluar la calidad, efectividad, prontitud, costo de los servicios provistos y prestación real de los servicios que se ofrezcan bajo esta cubierta.

Certifico que toda la información suministrada relacionada con mis datos personales es correcta.

Firma del Suscriptor

Iniciales

Fecha