



## Formulario de Afiliación 2020

Núm. de boleta: \_\_\_\_\_

Núm. de agente de ventas: \_\_\_\_\_

Por favor, llame a MMM Healthcare, LLC (MMM) si necesita información en otro idioma o formato (letra agrandada). Este documento se encuentra disponible en nuestra página web [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com) en letra agrandada para acceso inmediato.

**Para afiliarse a MMM o PMC, por favor provea la siguiente información:**

### Seleccione el plan al que desea afiliarse:

Plan	Número PBP	Cubierta	Prima Mensual	Contrato
<input type="checkbox"/> MMM Advantage (PPO)	001	Médica y Medicamentos Recetados	\$49	H7522
<input type="checkbox"/> MMM Supremo (HMO-SNP)	009	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	017	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Único (HMO-POS)	019	Médica y Medicamentos Recetados	\$15	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Elite (HMO-POS)	034	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Completo Platino (HMO-SNP)	041	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Extra (HMO-POS)	044	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Cero (HMO-POS)	045	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Valor Platino (HMO-SNP)	047	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> PMC Premier Platino (HMO-SNP)	048	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Bienestar Platino (HMO-SNP)	049	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> PMC Max (HMO-POS)	056	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Relax Platino (HMO-SNP)	061	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004

**Apellidos:**

**Nombre:**

**Inicial:**

**Apodo:**

**Fecha de nacimiento:**

Mes      Día      Año

**Sexo: Número de teléfono residencial:**

 M       -  - 

F       -  -

**Número de teléfono celular:**

**¿Tiene correo electrónico?**  Sí  No

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Dirección residencial** (dirección física; no se permite apartado postal):

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código postal:**



## Favor de proveer su información del seguro de Medicare

Por favor, tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a la mano para completar esta sección.

- Complete la información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

-o-

- Incluya una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre (como aparece en su tarjeta Medicare):

Número de Medicare:

 -  -  - 

Tiene derecho a:

Fecha de Efectividad:

**HOSPITAL (Parte A)**

 -  - 

Mes

Día

Año

**MÉDICO (Parte B)**

 -  - 

Mes

Día

Año

Usted debe tener la Parte A y Parte B de Medicare para afiliarse a un plan Medicare Advantage.

## Pagando su prima del plan

### Para beneficiarios que se están afiliando en un plan de medicamentos recetados Medicare Advantage con cero prima:

Si determinamos que usted debe una penalidad por afiliación tardía (o si actualmente tiene una penalidad por afiliación tardía), necesitamos saber cómo usted prefiere pagarla. Usted puede pagar por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o Tarjeta de Crédito cada mes. También, puede escoger pagar su penalidad por una deducción automática de su cheque de beneficio de Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés), cada mes. Si se le adjudica una Cantidad de Ajuste por Ingreso Mensual para la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esa cantidad adicional además de su prima del plan cada mes. Se le retendrá la cantidad de su cheque de Seguro Social o se le cobrará directamente por Medicare o el RRB. NO le pague a MMM la Cantidad del Ajuste por Ingreso para la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés).

### Para beneficiarios que se están afiliando en un plan con prima:

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por afiliación tardía que actualmente adeude o que pueda adeudar) por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o Tarjeta de Crédito cada mes. También, puede escoger pagar su prima por una deducción automática de su cheque de beneficio de Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés), cada mes. Si se le adjudica una Cantidad de Ajuste por Ingreso Mensual para la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esa cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de Seguro Social o se le cobrará directamente por Medicare o el RRB. NO le pague a MMM la Cantidad del Ajuste por Ingreso para la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés).

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de pago.

### Por favor, seleccione una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de su cheque de beneficio mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos meses o más para comenzar, luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta la solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de efectividad de su afiliación hasta el punto en que su retención comienza. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud para deducción automática, se le enviará una libreta de pago por sus primas mensuales.

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB



- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor, incluya un cheque CANCELADO o provea la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancario:  Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta:  Cheque  Ahorro

- Recibir una libreta de pago.

- Tarjeta de Crédito. Por favor, provea la siguiente información:

Tipo de Tarjeta:

Nombre del titular de la cuenta tal como aparece en la tarjeta:

Número de Cuenta:

Fecha de Expiración:  -   
Mes Año

### Por favor, lea y conteste estas preguntas importantes

1. ¿Padece usted de Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?  Sí  No  
Si tuvo diagnóstico de ESRD y ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no requiere de diálisis regular, por favor adjunte una nota o registro de su médico mostrando que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o no necesita de diálisis regular; de lo contrario necesitaremos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No      ¿Posee otro seguro de salud?  Sí  No  
Nombre de la otra cubierta: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la cubierta: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo de la cubierta: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad de la cubierta: \_\_\_\_\_

3. Algunos individuos pueden tener otra cubierta de medicamentos, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cubierta de beneficios de salud como empleado federal o beneficios de Veterano.

¿Tiene otra cubierta de medicamentos recetados adicional a **MMM**?  Sí  No

Si contestó "sí", por favor indique su otra cubierta y su(s) número(s) de identificación (ID) para esa cubierta:

Nombre de la otra cubierta: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la cubierta: \_\_\_\_\_

Número de Grupo de la cubierta: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad de la cubierta: \_\_\_\_\_





**Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

MMM es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Necesito mantener las Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan cancelará automáticamente mi afiliación a otro plan de salud Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle a MMM si tengo alguna cubierta de medicamentos recetados o si pienso adquirirla en el futuro. Generalmente, mi afiliación en este plan es por el año completo. Luego de afiliarme, puedo desafiliarme del plan o hacer cambios solamente en ciertos períodos del año cuando un período de afiliación esté disponible (Ejemplo: 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

MMM cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de MMM, tengo que notificarle al plan para que me puedan desafiliar y encontrar un plan en mi área nueva. Cuando sea afiliado de MMM, tendré el derecho de apelar decisiones relacionadas con mis pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cubierta de MMM cuando la reciba para saber qué reglas debo seguir con el fin de disfrutar de la cubierta del plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare, generalmente, no están cubiertas bajo Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cubierta limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

**Al solicitar afiliación a un Plan de Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (SNP por sus siglas en inglés)** certifico que padezco de por lo menos una de las siguientes enfermedades: fallo cardíaco crónico, desórdenes cardiovasculares o diabetes mellitus. Como paciente, podría tener más de una de estas condiciones, como también otras condiciones crónicas adicionales.

**Al solicitar afiliación a un Plan de Organización Provedora Preferida (PPO) por sus siglas en inglés:** entiendo que a partir de la fecha en que comienza mi cobertura con MMM, el usar servicios dentro de la red puede costar menos que los servicios fuera de la red, excepto en caso de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia, o diálisis fuera del área de servicio. Si es medicamento necesario, MMM ofrece reembolsos para todos los beneficios cubiertos, incluso si obtengo servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por MMM y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cubierta de MMM (también conocido como el contrato del afiliado o acuerdo con el suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE, NI MMM PAGARÁN POR ESOS SERVICIOS.**

Entiendo que comenzando en la fecha de efectividad de mi cubierta en MMM, obtendré todo mi cuidado de salud a través de MMM con la excepción de cuidado de emergencia, servicios de urgencia, o diálisis fuera del área de servicio. Servicios autorizados por MMM y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cubierta (también conocido como el contrato de afiliado o acuerdo con el suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE, NI MMM PAGARÁN POR ESOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por MMM, él/ella puede recibir remuneración (paga) como resultado de mi afiliación a MMM.

**Divulgación de Información:** Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que MMM divulgará mi información a Medicare y a otros planes, de ser necesario, para tratamientos, pagos y operaciones para el cuidado de mi salud. También, entiendo que MMM divulgará mi información: incluyendo información de los medicamentos recetados que he tomado (si aplica), a Medicare, que a su vez puede divulgarla para propósitos de investigación, y otros que se apliquen bajo los estatutos y regulaciones federales. A mi mejor conocimiento, la información en esta solicitud de afiliación es correcta. Entiendo que si proveo información falsa en este formulario intencionalmente, quedaré desafiliado del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por la persona autorizada (como se explica arriba), esa firma certifica que 1) esta persona está autorizada por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico a completar esta solicitud y 2) la documentación de esta autoridad está disponible para propósitos de Medicare.





**Uso Oficial Solamente:**  ICEP  IEP  AEP  OEP  SEP  NO ES ELEGIBLE

	Código SEP	Afirmaciones del período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/>	MOV	El próximo mes me mudaré o en los últimos dos meses me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual. Fecha de la mudanza: _____
<input type="radio"/>	MDE	Tengo Medicare y Medicaid, o el Estado me ayuda con el pago de las primas de Medicare.
<input type="radio"/>	LEC	Ya no cumpla con los requisitos para la cubierta de mi patrono anterior, o abandoné la cubierta de un patrono. Fecha de pérdida: _____
<input type="radio"/>	OTH	Tengo necesidades especiales que permiten una excepción en mi inscripción (MMM evaluará su caso y se comunicará con usted).

**Uso Oficial Solamente:**

Número de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de recibo del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente:   -   -      
Mes Día Año

Fecha de efectividad de la cubierta:   -   -      
Mes Día Año

Lugar de venta:

- |  |                                   |                                  |   |                              |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seminario   | <input type="checkbox"/> Hogar/WI | <input type="checkbox"/> Correo  | <input type="checkbox"/> Oficina                    | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Teléfono UCID: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>        | <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> Walk-in | <input type="checkbox"/> Institución/Hogar Custodio |                              |
| <input type="checkbox"/> Teléfono Institución: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                   |                                  |   |                              |

**¿Dónde consiguió información del plan?**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periódico      | <input type="checkbox"/> Oficina de su médico          | <input type="checkbox"/> Rótulo en valla | <input type="checkbox"/> Correo         |
| <input type="checkbox"/> Revista        | <input type="checkbox"/> Empleado de MMM               | <input type="checkbox"/> Folleto         | <input type="checkbox"/> Internet       |
| <input type="checkbox"/> Radio          | <input type="checkbox"/> Referido por familiar o amigo | <input type="checkbox"/> TV              | <input type="checkbox"/> Cliente previo |
| <input type="checkbox"/> Oficina de MMM | <input type="checkbox"/> Fax                           | <input type="checkbox"/> Otro: _____     |   |

Nombre del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Número de Empleado/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Número de Confirmación de Cita: \_\_\_\_\_





1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser divulgada, comprende cualquiera de los siguientes:
  - A. Reclamaciones
  - B. Elegibilidad
  - C. Información sobre determinaciones organizacionales, como por ejemplo, estatus (pendiente, aprobado, denegado).
  - D. MTM (Programa para el Manejo de Terapia de Medicamentos)
  - E. Otro (favor especificar qué información desea se divulgue): \_\_\_\_\_
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
  - A solicitud del afiliado
  - Procedimiento legal
  - Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y solicitud de un duplicado de la identificación del afiliado.
  - Otro: \_\_\_\_\_
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM a la dirección postal PO BOX 71114, SAN JUAN PR 00936-8014.
8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM.

**\*Es requerido indicar la fecha de vencimiento de este documento. De no indicar una fecha de vencimiento válida y/o no completar el campo indicado (en blanco), este documento no tendrá efecto.**

**\*Esta autorización vence el:**   -   -      
 Mes                      Día                      Año

**Nombre del Afiliado y/o Representante Legal:** (En letra de molde)

**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Afiliado y/o Representante Legal:**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

**Firma del Testigo:**

(Se requiere firma de una tercera persona como testigo si el afiliado firma con una X)

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Tutoría Legal).

MMM Healthcare, LLC es un plan HMO y PPO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469). MMM Healthcare, LLC 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-333-5470 (TTY: 1-866-333-5469)。

