



## 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 en el plan grupal \_\_\_\_\_, por favor provea la siguiente información:**

### Seleccione el plan al que desea afiliarse:

Plan	Número PBP	Cubierta	Prima Mensual
<input type="checkbox"/> Individual			Cubierto por su aportación patronal
<input type="checkbox"/> Retirado con aportación			\$_____ mensual
<input type="checkbox"/> Retirado sin aportación			\$_____ mensual
<input type="checkbox"/> Dependiente			\$_____ mensuales por cada dependiente

**Agencia:**    \_\_\_\_\_

**Asociación:**    \_\_\_\_\_

**Nombre del Grupo (Patrón):** \_\_\_\_\_

**Apellidos:**   
**Nombre:**  **Inicial:**

**Apodo:**   
**Fecha de nacimiento:**  -  -   
**Sexo:**  M  F **Número de teléfono residencial:**  -  -   
Mes Día Año

**Número de teléfono celular:**  -  -   
**¿Tiene correo electrónico?**  Sí  No  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

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

**Ciudad:**  **Estado:**  **Código postal:**  -

**Dirección postal** (solamente si es diferente a la dirección residencial permanente):


**Ciudad:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Estado:**

P	R
---	---

**Código postal:**

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

**Contacto de emergencia:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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


**Ciudad:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Estado:**

P	R
---	---

**Código postal:**

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

**Relación con usted:**

- Cónyuge
- Hijo/a
- Padre
- Otro

**Número de teléfono:**

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Teléfono celular:**

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Cubierta médica anterior:**

Triple S    Humana    MCS    Medicare Original    Otro: \_\_\_\_\_

### 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)**

		-			-				
<b>Mes</b>			<b>Día</b>			<b>Año</b>			

**MÉDICO (Parte B)**

		-			-				
<b>Mes</b>			<b>Día</b>			<b>Año</b>			

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





## Pagando su prima del plan

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

- 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

- Pago recurrente con tarjeta de crédito.\*

\*Para esta alternativa de pago, por favor, llame a MMM al 787-620-2397 (Area Metro), o al 1-866-333-5470 (libre de cargos). Usuarios del Sistema TTY (audio impedidos) deben llamar al 1-866-333-5469.

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

1. ¿Es usted el retirado?  Sí  No

Si contestó "Sí", indique la fecha de retiro:  -  -   
Mes Día Año

Si contestó "No", indique el nombre del pensionado: \_\_\_\_\_

2. ¿Está incluyendo a su cónyuge o algún dependiente en este plan patronal?  Sí  No

Si contestó "Sí", indique nombre del cónyuge:

Nombre:  Apellidos:

Nombre(s) de (los) dependiente(s):

Nombre:  Apellidos:  Relación:

Nombre:  Apellidos:  Relación:

Nombre:  Apellidos:  Relación:

3. ¿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: \_\_\_\_\_







## Por favor, lea esta información importante



### 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 de 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 desafiarme del plan o hacer cambios solamente en ciertos períodos del año cuando un período de afiliación esté disponible 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 cubiertos bajo Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cubierta limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

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 conocida 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 se 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, quedará desafiado 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.

**Seleccione los documentos que usted desea recibir a través del correo electrónico provisto en esta forma. Si usted opta por no recibir información vía correo electrónico, seleccione los documentos entregados a papel.**

<b>Documentos</b>	<b>Solicitado por correo electrónico</b>	<b>Documentos entregados por Representante de Ventas /Agente / Productor Independiente de MMM</b>
Lista de cotejo Pre Afiliación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante Provisional de Afiliación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta Calificaciones por Estrellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resumen de Beneficios (SB, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación Anual de Cambios (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) (incluye Notificación de Privacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulario de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Directorio de Proveedores y Farmacias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación de disponibilidad electrónica del Directorio de Proveedores y Farmacias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catálogo OTC (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación de Privacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviso de No Discriminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento de múltiples idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Por favor lea y responda las siguientes preguntas para poder brindarle un mejor servicio y canalizar los servicios de atención:**

1. ¿Tiene usted un automóvil propio?

- Sí  No; Si contestó "No", ¿quién le provee transportación regularmente?  
 Un familiar  Un(a) amigo(a)  Taxi  Transportación provista por el plan médico  
 Transporte público  Uber  Otro: \_\_\_\_\_

2. ¿Viaja frecuentemente a los Estados Unidos?  Sí  No

Si viaja con frecuencia, de contestar "Sí", favor especificar el nombre del estado: \_\_\_\_\_

**Nombre del individuo que le ayudó con la afiliación:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Firma del beneficiario y/o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:**

		-			-				
Mes			Día			Año			







**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"/> Priv Ret	Retirado de empresa privada.
<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:

- Seminario       Hogar/WI       Correo       Oficina       Fax  
 Teléfono UCID:    -    -      Otro       Walk-in  
 Teléfono Institución:    -    -      Institución/Hogar Custodio

**¿Dónde consiguió información del plan?**

- Periódico       Oficina de su médico       Rótulo en valla       Correo  
 Revista       Empleado de MMM       Folleto       Internet  
 Radio       Referido por familiar o amigo       TV       Cliente previo  
 Oficina de MMM       Fax       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)。

