



Solicitud de Afiliación 2020

USO OFICIAL SOLAMENTE

Boleta

Núm. de Agente

Recibe aportación patronal para Plan de Salud

Si No

Individual (Pensionado)

Dependiente Directo

Su prima está cubierta si tiene aportación

INDIQUE AGENCIA DE SU RETIRO, ASOCIACIÓN A LA QUE ESTE AFILIADO Y PRODUCTO SELECCIONADO:

Agencia	Nombre de la Agencia	Asociación	Nombre de la Asociación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- MMM - ALIANZA PLUS
Prima Mensual \$100.00 *
- MMM - ALIANZA RELAX
Prima Mensual \$100.00 *
- MMM - ALIANZA VALOR
Prima Mensual \$100.00 *
- MMM - ALIANZA BIENESTAR
Prima Mensual \$100.00 *
- MMM - ALIANZA BALANCE
Prima Mensual \$100.00 *
- MMM - ALIANZA ULTRA
Prima Mensual \$0.99 *
- MMM - ALIANZA SEA
Prima Mensual \$0.00 **

* Prima Mensual a pagar por Dependiente o Retirado sin Aportación Patronal

** Solo Retirados sin Aportación

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Género
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Apodo	Número de Medicare (o MBI)	Teléfono Primario	Teléfono Alterno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pensionado	Número Seguro Social	Fecha Efectividad Parte A	¿Mensajes de Texto?	¿Recibe Data?	¿Mensajes de Texto?	¿Recibe Data?
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dependiente	Número Seguro Social	Fecha Efectividad Parte B	Correo Electrónico (Email) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Dirección Residencial Permanente (PO Box, RR, HC, Urb, Condominio, Residencial, Barrio, Parcela)	Dirección Postal (Urbanización, Condominio, Postal, Barrio, Parcela)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Dirección Residencial (Calle, Casa, Apartamento) No incluya apartados, PO Box, RR, HC	Dirección Postal (Calle, Casa, Apartamento) No incluya apartados, PO Box, RR, HC				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PR	-			-	
Contacto en caso de emergencia	Teléfono	Relación con usted	Seleccione el idioma en que prefiere que se le haga llegar la información del plan:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés		

INFORMACIÓN DE SU MÉDICO PRIMARIO	
Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor, llame a MMM al 1-866-333-5470 (libre de cargos) si necesita información en otro formato o lenguaje distinto a los listados arriba. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. TTY (audio impedidos) deben llamar al 1-866-333-5469.

Formato: Formato Regular Letra agrandada

Iniciales: _____ Fecha:

Si No

¿Reside usted en una facilidad de cuidado prolongado como, un centro de envejecientes?

Nombre

Ciudad

Teléfono () -

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. Está usted retirado? Si No
Si contestó "Si", incluya fecha de retiro:

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

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Si No

4. ¿Posee otro seguro médico o de salud? Si No

5. ¿Padece usted de Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Si 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.

6. 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?

Si No Si contestó "Si", complete la siguiente información:

Nombre de la otra cubierta

Número de Identificación de la otra cubierta

PAGANDO LA PRIMA DE SU PLAN

Si su aportación patronal no cubre el monto total de la prima mensual del plan de salud de usted o su dependiente directo elegible, usted es responsable del total de prima no cubierto por el patrocinador de su plan.

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por afiliación tardía que actualmente adeude o que pueda adeudar) por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) 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 determina que tiene que pagar una cantidad de ingreso mensual por la Parte D (PART D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar esta 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 page a MMM la Cantidad del Ajuste por Ingreso para la Parte D (PARTD-IRMAA, por sus siglas en inglés).**

Seleccione la opción para el pago de su prima:

Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes.

Tipo de cuenta: Cheque Ahorros

Incluya un cheque cancelado y complete la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta

Número de Ruta

Número de Cuenta

Libreta de Pago

Iniciales: _____ Fecha:

USO OFICIAL SOLAMENTE

Nombre Representante de Ventas o Productor

Fecha de Efectividad de Cubierta

Número Identificación del Plan

El patrocinador del plan médico grupal nos requiere el número de seguro social de toda persona que se suscriba al plan médico que ofrece, para poder facilitar el cotejo de verificación de identidad. Para el procesamiento del pago de la prima correspondiente a su plan médico, es necesario divulgar el número de seguro social del pensionado/retirado.

Uso Oficial Solamente: ICEP IEP AEP SEP OEP No Elegible

Certifico que he decidido afiliarme libre y voluntariamente al plan médico grupal provisto por el patrono del pensionado. _____ (Iniciales)

Por la presente, divulgo libremente la información de seguro social del pensionado a MMM. Comprendo que la información está sujeta a la protección provista por la Ley HIPAA, el *Social Security Number Privacy Act* y por la Ley I Número 187 del 1 de septiembre de 2006 - Ley para la protección de la confidencialidad del número de seguro social. Se me garantiza que mi Seguro Social no se va a desplegar, difundir, revelar en ninguna tarjeta de identificación, documento de circulación general o en cualquier material que se encuentre accesible o visible a cualquier persona dentro o fuera de mi patrono o plan médico, que no necesite tener conocimiento, ni se usará el mismo como número de caso, cuenta o querrela en documentos públicos.

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. Entiendo que si no tengo una cubierta de medicamentos recetados de Medicare o una cubierta de Medicare acreditable (que sea tan buena como la de Medicare), podría tener que pagar una penalidad de afiliación tardía si decido afiliarme a una cubierta de medicamentos recetados 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 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 intencionalmente información falsa en este formulario, 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.

Firma

Firma de Testigo (Si el afiliado firmó con "X")

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado del afiliado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información o si el afiliado firmó con una "X", un testigo debe estar presente y el testigo debe proveer la siguiente información:

Nombre y Apellidos

Relación con beneficiario

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

MMM Healthcare, LLC es un plan HMO 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 MMM at 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 MMM 1-866-333-5470, (TTY: 1-866-333-5469)。]

INFORMACION IMPORTANTE

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.

Documentos	Solicitado por correo electrónico	Documentos entregados por Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente de MMM
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación Anual de Cambios (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidencia de Cubierta (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"/>
Catalogo OTC (si aplica)	<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 contesto "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 "Si", favor de especificar nombre de Estado: _____

Listado de Asociaciones y Agencias

Num.	Nombre de Asociación
A40	APGPR-Asociación de Pensionados del Gobierno de Puerto Rico
A48	AESA – Asociación de Ex -Empleados Socios en Acción
A16	AEELA INC- Asociación Ex Empleados de AELA Inc.
A04	AECE – Asociación de Profesionales Jubilados de Puerto Rico (antes Comedores Escolares)
A24	AJUUPR – Asociación de Jubilados de la Universidad de Puerto Rico
A08	Asociación de Veteranos de la Policía de PR
A70	Autoridad de Energía Eléctrica (AJAEE)
A28	Sindicato de Policías Puertorriqueños
A58	Asociación de Miembros de la Policía de Puerto Rico
A32	Federación de Maestros – Capitulo de Jubilados
A12	Asociación de Empleados Gerenciales del Fondo del Seguro del Estado – Capitulo de Jubilados
A54	PROSOL- Trabajadores del Programa de Solidaridad – UTIER – Capitulo Jubilados
A54	a. Municipio de Patillas
A54	b. Municipio de Arroyo
A54	c. Municipio de Lajas
A54	d. Municipio de Guanica
A54	e. Municipio de Utuado
A54	f. Autoridad de Carreteras
A54	g. Instituto de Cultura Puertorriqueña
A54	h. Procurador del Veterano
A54	i. Comunidades Especiales
A54	j. Albergue Olímpico de PR
A54	k. Municipio de Arecibo

Num.	Nombre de Asociación
A52	Federación de Pensionados y Jubilados de Puerto Rico
A52	a. Autoridad de Edificios Públicos
A52	b. Fondo del Seguro del Estado – Capitulo Jubilados
A52	c. Jubilados AAA (UIA)
A52	d. Autoridad de Terrenos
A52	e. Capítulo Central Puertorriqueños
A56	Federación Asociaciones de Empleados Gerenciales del ELA
A56	a. Hermandad de Gerenciales de ACCA
A56	b. Departamento de la Familia
A56	c. Autoridad de Energía Eléctrica
A56	d. Autoridad de Carreteras y Puertos
A56	e. Departamento de Estado
A56	f. Universidad de Puerto Rico
A56	g. Edificios Públicos
A60	AEGSA - Asociación de Empleados Gerenciales y Supervisores de la Autoridad de Carreteras
A18	EPA – Educadores Puertorriqueños en Acción
A66	EDUCAMOS
A64	FPT – Federación Puertorriqueña
A42	El Junte de Asociaciones Pro-Pensionados
A72	Distrito Autónomo Antonio Luccetti
Num.	Nombre de Agencia
530	Junta Retiro Central Pensionados
592	Junta Retiro Maestros Pensionados

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.mmmp.com en letra agrandada para acceso inmediato.