Formulario de Afiliación 2018

Núm. de boleta: _____ Núm. de agente de ventas: _____

Por favor, llame a PMC Medicare Choice (PMC) si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para afiliarse a PMC Medicare Choice, por favor provea la siguiente información:

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

	Plan	Número PBP	Cubierta	Prima Mensual
☐	PMC Premier Preferred Platino (HMO D-SNP)	048	Médica y Medicamentos Recetados	$0
☐	PMC Max Extra (HMO)	056	Médica y Medicamentos Recetados	$0

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

Fecha de nacimiento: MM - DD - AAAA **Sexo:** ☐ **M** ☐ **F** **Número de teléfono residencial:** - - **Número de teléfono celular:** - -

¿Tiene correo electrónico? ☐ Sí ☐ No **Correo electrónico:** _____

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

Ciudad: **Estado:** P R **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:** -

Número de teléfono: - - **Teléfono celular:** - -

Relación con usted:

Cubierta médica anterior:

☐ Triple S ☐ Humana ☐ Constelation ☐ MCS ☐ First Medical ☐ Medicare Original ☐ Otro: _____

☐ **Selección de beneficio Platino**

Medicare Platino es una opción de cubierta ofrecida por **PMC** en conjunto con el **Gobierno Federal y el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico** (Medicaid). La Administración de Servicios de Salud ha combinado sus beneficios para ofrecer el Programa Medicare Platino para todos los beneficiarios de Medicaid con las Partes A y B de Medicare.

¿Está usted afiliado en el Programa Medicaid del Estado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "sí", por favor, provea una copia de su formulario titulado "Notificación de acción tomada sobre la solicitud y/o reevaluación del programa de asistencia médica" (hoja MA10), y provea su número de Seguro Social para confirmar su cubierta de Medicaid: _____

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)	MM - DD - AAAA
MÉDICO (Parte B)	MM - DD - AAAA

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 o por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) 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 PMC 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 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 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 PMC 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 cupones.

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 RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta la solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o 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 RRB no aprueba su solicitud para deducción automática, se le enviará una libreta de cupones 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 cupones.

☐ 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: MM - AAAA

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 **PMC**? ☐ 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: _____

4. ¿Reside en una facilidad de cuidado prolongado, como un centro de envejecientes? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó "sí", por favor provea la siguiente información:

   Nombre de la institución: _____ Número de teléfono: _____

   Nombre de la persona encargada de la institución: _____

   Dirección de la institución:

   Ciudad: Estado: P R Código postal: -

Por favor, incluya la información del Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) que seleccionó:

Apellidos: **Nombre:**

Número de teléfono: - - Ciudad: _____

Por favor, seleccione el idioma en que prefiere que le hagamos llegar la información de su cubierta de salud:

☐ Español ☐ Inglés ☐ Braille ☐ Otro (especifique): _____

Indique el formato: ☐ Letra agrandada ☐ Formato auditivo

Por favor, llame a PMC al 787-625-2126 (Área Metro), o al 1-866-516-7700 (libre de cargos) si usted necesita información en otro formato o lenguaje distinto a los que están listados arriba. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios del sistema TTY (audioimpedidos) deben llamar al 1-866-516-7701.

PARE Por favor, lea esta información importante PARE

Si usted actualmente tiene una cubierta con un patrono o unión, afiliarse a PMC podría afectar los beneficios de salud que usted tiene a través de su patrono o unión. Al afiliarse a PMC podría perder su cubierta actual de un patrono o unión. Lea los comunicados que le envía su patrono o unión. Si usted tiene dudas, visite su página de Internet o comuníquese con la oficina mencionada en sus comunicados. Si no hay información de con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que contesta las preguntas sobre su cubierta puede ayudarle.

Por favor, lea y firme abajo

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

PMC 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 PMC 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.

PMC cubre un área de servicio específico. Si me mudo fuera del área de servicio de PMC, tengo que notificarle al plan para que me puedan desafiliar y encontrar un plan en mi área nueva. Cuando sea afiliado de PMC, tendré el derecho de apelar decisiones relacionadas con mis pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cubierta de PMC 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 PMC, obtendré todo mi cuidado de salud a través de PMC con la excepción de cuidado de emergencia, servicios de urgencia, o diálisis fuera del área de servicio. Servicios autorizados por PMC y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cubierta (también conocido como el contrato del afiliado o acuerdo con el suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE, NI PMC PAGARÁN POR ESOS SERVICIOS.**

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

Divulgación de Información: Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que PMC 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 PMC 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 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.

Autorizo a que me envíen los siguientes materiales por correo electrónico:

- ☐ Materiales de Afiliación
  - ☐ Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) (incluye la Notificación de Privacidad)
  - ☐ Resumen de Beneficios (SB, por sus siglas en inglés)
  - ☐ Directorio de Proveedores y Farmacias
  - ☐ Materiales Promocionales
  - ☐ Materiales Educativos

Certifico que recibí los siguientes documentos por parte del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente de PMC:

- ☐ Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) (incluye la Notificación de Privacidad)
- ☐ Formulario de Medicamentos
- ☐ Resumen de Beneficios (SB, por sus siglas en inglés)
- ☐ Documento de Múltiples Idiomas
- ☐ Copia de la Carta de Calificación del Plan
- ☐ Directorio de Proveedores y Farmacias/ Tarjeta de Directorio
- ☐ Comprobante Provisional de Afiliación
- ☐ Copia de la Solicitud de Afiliación

Nombre del individuo que le ayudó con la afiliación:

_____ **Fecha de hoy:** MM - DD - AAAA

Firma del beneficiario y/o tutor legal:

Si es usted el tutor legal, debe firmar en el encasillado de arriba y proveer la siguiente información:

Apellido: **Nombre:**

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

Ciudad: **Estado:** P R **Código postal:** -

Número de teléfono: - - **Teléfono celular:** - - **Relación con el beneficiario:**

Correo electrónico: _____

Testigo: Si usted es un testigo, debe proveer la siguiente información y firmar:

Apellido: **Nombre:**

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

Ciudad: **Estado:** P R **Código postal:** -

Número de teléfono: - - **Teléfono celular:** - - **Relación con el beneficiario:**

Firma del testigo: _____

Uso Oficial Solamente: ☐ **ICEP** ☐ **IEP** ☐ **AEP** ☐ **SEP**

	Código SEP	Afirmaciones del período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
○	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: _____
○	MDE	Tengo Medicare y Medicaid, o el Estado me ayuda con el pago de las primas de Medicare.
○	LEC	Ya no cumplo con los requisitos para la cubierta de mi patrono anterior, o abandoné la cubierta de un patrono. Fecha de pérdida: _____
○	OTH	Tengo necesidades especiales que permiten una excepción en mi inscripción *(PMC 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: MM - DD - AAAA

Fecha de efectividad de la cubierta: MM - DD - AAAA

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 PMC ☐ Folleto ☐ Internet

☐ Radio ☐ Referido por familiar o amigo ☐ TV ☐ Cliente previo

☐ Oficina de PMC ☐ 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: _____

Autorización para usar y divulgar información protegida de salud. (Por favor, lea y complete)

Información del Afiliado (Individuo cuya información será revelada):

Nombre: (En letra de molde)

Fecha de nacimiento: MM - DD - AAAA

Teléfono: ___ - ___ - ____

Número de teléfono celular: ___ - ___ - ____

☐ Texto (MMS) ☐ Data (SMS)

Número de Identificación de Afiliado: _____

Correo electrónico: _____

Dirección:

Ciudad:

Estado: P R

Código postal: ____ - ____

Por la presente, autorizo a PMC Medicare Choice (PMC) a divulgar información protegida de salud a la siguiente persona y/o entidad:

Nombre: (En letra de molde)

Fecha de nacimiento: MM - DD - AAAA

Teléfono: ___ - ___ - ____

Número de teléfono celular: ___ - ___ - ____

☐ Texto (MMS) ☐ Data (SMS)

Relación que guarda con el (la) Afiliado(a):

☐ Hijo(a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Esposo (a) ☐ Familiar ☐ Otro: _____

Número de Identificación Personal: _____

Correo electrónico: _____

Dirección:

Ciudad:

Estado: P R

Código postal: ____ - ____

1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con 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. 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 PMC a la dirección postal PO BOX 366292, SAN JUAN PR 00936-6292.

8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de PMC.

***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:** MM - DD - AAAA

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).

PMC Medicare Choice es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en PMC 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 1-866-516-7700 (TTY: 1-866-516-7701). 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1-866-516-7700 (TTY: 1-866-516-7701)。