



Solicitud Corta de Afiliación para MMM Healthcare, LLC.

Nombre del Plan al cual se está afiliando:

Nombre:

Apodo: (opcional)

Número de Afiliado:

Número de Teléfono:

¿Tiene correo electrónico? (opcional) Sí No

Correo electrónico: _____

¿Acepta recibir mensaje de texto o llamada automatizada? (opcional) Sí No

Por favor, seleccione dónde desea recibir mensaje de texto o llamada automatizada:

Teléfono hogar

Teléfono celular

Seleccione si es persona sin hogar: Sí No

Dirección de residencia permanente (No se permite apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede ser una opción de Dirección de residencia permanente).

Ciudad:

Estado: PR

Código postal:

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

Ciudad:

Estado: PR

Código postal:

Por favor, llene lo siguiente:

Actualmente, soy afiliado del plan _____ de MMM con una prima mensual de \$_____.

Deseo cambiarme al plan _____ de MMM. Entiendo que este plan tiene beneficios de salud diferentes y una prima mensual de \$_____.

Selección de beneficio Platino

Medicare Platino es una opción de cubierta ofrecida por **MMM** 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 inscrito 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 requerido de Medicaid para confirmar su cubierta de Medicaid: _____

Si usted selecciona un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (HMO C-SNP), favor de marcar todas las condiciones aplicables.

Condiciones Crónicas: Según mi conocimiento, padezco de:

Diabetes Mellitus

Desórdenes Cardiovasculares

Fallo Cardíaco Crónico



¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione el que aplique:

- No, no de origen hispano, latino o español Sí, cubano/a
 Sí, mejicano, américo mejicano, chicano/a Sí, otro de origen hispano, latino o español
 Sí, puertorriqueño **Escojo no contestar**

¿Cuál es su raza? Seleccione lo que aplique:

- Indio americano ó Nativo de Alaska Negro ó Afroamericano Blanco
Asiático: Hawaiano nativo y otras Islas del Pacífico: **Escojo no contestar**
 Indio Asiático Koreano Guamanian ó Chamorro
 Chino Vietnamita Hawaiano nativo
 Filipino Otro Asiático Samoana/o
 Japonés Otras Islas del Pacífico

Nombre del Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) que usted seleccionó:

Número de teléfono:

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

- Español Inglés Otro (especifique): _____

- Seleccione formato accesible:** Letra agrandada Formato auditivo Data CD
 Braille Formato digital

Por favor, comuníquese con MMM al 1-866-333-5470 (libre de cargos) si usted necesita información en otro formato accesible o idioma distinto a los que están mencionados arriba. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios del sistema TTY (audio impedidos) deben llamar al 711.

La prima de su plan

Para beneficiarios que se están afiliando a 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 Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito, cada mes. También, puede 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 extra adicional a 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).



Para beneficiarios que se están afiliando a un plan con prima:

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por afiliación tardía que tenga o pueda deber) por correo o por 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 extra adicional a 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).

Por favor, seleccione una opción de pago de 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 su solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de efectividad de su afiliación hasta el punto en que la retención comienza. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una libreta de cupones para 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

_____ Si deseas pagar con tarjeta de crédito, comuníquese con Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470/TTY:711



Acepto y permito que MMM me envíe de forma electrónica las siguientes comunicaciones: Información sobre mi tarjeta de identificación, certificación de cubierta, explicación de beneficios de servicios médicos, notificaciones de afiliación y desafiliación, notificaciones de determinaciones organizacionales (tales como cartas de autorización y denegación), entre otros documentos que puedo seleccionar dentro de la aplicación móvil de MMM y/o llamando a Servicios al Afiliado. Entiendo que registrándome en la aplicación móvil de MMM o accediendo <https://member.innovamd.com/#/> puedo obtener el máximo provecho de las herramientas digitales de mi plan. Entiendo que la información incluida en estas comunicaciones es información confidencial de salud (PHI, por sus siglas en inglés) protegida por la Ley de HIPAA, por lo que estoy de acuerdo en que soy responsable de proveer a MMM mi correo electrónico actual, y de notificar a MMM cuando mi correo electrónico cambie o sea actualizado. Entiendo puedo actualizar mi dirección de correo electrónico y/o cambiar mis preferencias de método de envío de estas comunicaciones en cualquier momento llamando al número de Servicios al Afiliado que se encuentra en mi tarjeta de identificación. Entiendo que este consentimiento es voluntario y que mi negativa a aceptarlo no afectará mi elegibilidad a beneficios o afiliación, al pago de mis servicios médicos o cubierta, o la habilidad de recibir tratamiento. Entiendo que es posible que yo pueda continuar recibiendo estas comunicaciones en formato de papel durante un periodo de tiempo, según lo determine mi plan médico.

No acepto recibir las comunicaciones relacionadas con el plan de forma electrónica.

Por favor, lea y firme a continuación:

MMM es un plan que tiene un contrato con el gobierno Federal.

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 Medicare, reconozco que el plan de salud Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes, de ser necesario, para tratamientos, pago y operaciones de cuidado de 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 apliquen bajo los estatutos y regulaciones federales. Hasta donde sé, la información en esta solicitud de afiliación es correcta. Entiendo que, si intencionalmente proveo información falsa en este formulario, quedaré desafiliado del plan. Entiendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare cuando están fuera del país, con excepción de una cubierta limitada en los límites fronterizos de los Estados Unidos.

Al solicitar afiliación a un Plan de Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas, 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, así como también otras condiciones crónicas adicionales.



Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cubierta de MMM, debo obtener toda mi atención médica de MMM, excepto los servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Servicios autorizados por MMM y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cubierta de MMM (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubierto. Sin autorización, NI MEDICARE NI MMM PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.

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), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para completar esta solicitud y 2) la documentación de esta autorización está disponible en caso de que MMM la requiera para propósitos de Medicare.

Firma del Beneficiario y/o Tutor Legal, o UCID:	Fecha de hoy:
--	----------------------

Tutor Legal

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

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el beneficiario: _____

Testigo

Si usted es un testigo, tiene que proveer la siguiente información y firmar:

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el beneficiario: _____

Firma del Testigo: _____



Para individuos ayudando al prospecto a completar este formulario solamente.

Completa esta sección si es el individuo (ejemplo: vendedor, agente independiente, consejero SHIP, familiar, o terceros) ayudando al prospecto a completar esta forma.

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el prospecto: _____

Número Nacional de Agente (Solo Agentes/ Brokers): _____

Nombre del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: _____

Número de Empleado/Agente/Productor Independiente: _____

Número de Confirmación de Cita: _____

Número de identificación del plan: _____

Fecha de efectividad de la cubierta: _____

ICEP: _____ IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ No Elegible: _____ SEP: _____

U-SEP (Medicaid/LIS): _____ V-SEP (Mudanza): _____ W-SEP (Pérdida EGHP): _____

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO-POS y un plan HMO C-SNP con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO D-SNP con un contrato Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Puerto Rico. 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. Y0049_2025 1070 0004 1_C CMS Approved 03/14/2025