



Formulario de Inscripción 2021

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para unirse a un Plan Medicare Advantage, también debes tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completó.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que el pago de su prima se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

MMM Medicare y Mucho Más

P.O. Box 260370

Miami FL 33126

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a MMM Medicare y Mucho Más al 1-844-212-9859 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

In English:

Call MMM Medicare and Much More at 1-844-212-9859. TTY users can call 711. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Comuníquese con **MMM Medicare y Mucho Más**, (HMO) y (HMO-SNP), si necesita información en otro idioma o formato (por ejemplo, braille).

Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Para inscribirse en MMM Medicare y Mucho Más, provea la siguiente información: (use letra de molde)

Favor seleccionar el plan al cual desea inscribirse:

- 003 MMM Extra (HMO), \$0 mensual.
 005 MMM Elite (HMO), \$0 mensual.
 004 MMM Platinum (HMO-SNP), \$30.80 mensual.

*Si recibe ayuda adicional para medicamentos, el programa de ayuda adicional pagará la totalidad o parte de su prima mensual del plan.

Acerca de usted (use letra de molde)

Apellido:		Nombre:		Inicial (opcional):	
<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta.	Correo Electrónico (opcional):		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino				
Número Teléfono Residencial:	Fecha Nacimiento (MM/DD/YY):	Número de Teléfono Alterno (opcional):			
Dirección Residencial (no se permite apartado postal):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Dirección Postal (si es diferente) (se permite apartado postal):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Contacto de Emergencia (opcional):	Número de Teléfono (opcional):		Relación con usted (opcional):		
Número de Medicare: _____		HOSPITAL (Parte A): _____			
		MÉDICO (Parte B): _____			

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? - - - - - Sí No
Si la respuesta es "Sí", provea su número de Medicaid: _____

Responda estas preguntas importantes:

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de MMM Medicare y Mucho Más? - - - - - Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y su (s) número (s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:	Número de Identificación (ID) de la cobertura:	Número de Grupo de la cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médico) para permanecer en MMM Medicare y Mucho Más.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que MMM Medicare y Mucho Más compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información. (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor entender. Entiendo que si proveo información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de MMM Medicare y Mucho Más, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MMM Medicare y Mucho Más. Los beneficios y servicios proporcionados por MMM Medicare y Mucho Más y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de MMM Medicare y Mucho Más (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni MMM Medicare y Mucho Más pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
- 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Name: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Relación con el inscrito: _____



Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque todas las casillas que aplique en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, según a su mejor entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en (fecha) _____.
- Hace poco fui liberado de la cárcel. Fui liberado en (fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de haber vivido permanentemente fuera de Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos en (fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado en (fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí recientemente Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en (fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) en (fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional pagando para mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro / fuera de la instalación en (fecha) _____.
- Recientemente dejé de participar en el programa PACE® en (fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cubierta acreditable para recetas médicas (cubierta tan buena como la de Medicare). Perdí mi cubierta de medicamentos el (insertar fecha): _____.
- Me voy de una cubierta de patrono o sindicato el (insertar fecha): _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Fui afiliado por Medicare (o el estado) en un plan y quiero escoger un plan diferente. La afiliación a ese plan comenzó el (insertar fecha): _____.
- Fui afiliado a un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido mi cualificación de necesidades especiales que se requiere para pertenecer al plan. Fui desafiliado del SNP el (insertar fecha): _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada a las condiciones del tiempo o un desastre mayor (según declarado por la Agencia Federal para Manejo de Emergencias) (FEMA, por sus siglas en inglés). Una de las declaraciones antes descrita me aplica, pero no pude realizar mi afiliación debido al desastre natural.

Pagando su prima del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (plan 004) (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima sacándola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a MMM Medicare y Mucho Más, la Parte D-IRMAA.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes;

Seleccione una opción de pago de prima:

Recibir factura mensual

Deducciones automáticas de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). (La deducción del Seguro Social / RRB puede demorar dos meses o más en comenzar después 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 de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.)

SOLO PARA USO DEL AGENTE / CORREDOR

Nombre del Agente / Corredor (es asistido en la inscripción): _____

Nombre de Agencia General (si aplica): _____

Nombre del Agente / Corredor (si se le ayuda en la inscripción): _____

Número Licencia de Aseguradora CA: _____ Fecha de recibo de inscripción: _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP AEP SEP (TIPO) MA OEP NO ES ELEGIBLE

SÓLO PARA USO OFICIAL

ID de confirmación: _____ ID de afiliado: _____

Fecha de recibo del departamento: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar la atención, y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

MMM of Florida, Inc., es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM of Florida, Inc., depende de la renovación del contrato. MMM of Florida, Inc., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM of Florida, Inc., 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 at 1-844-212-9858 (TTY: 711). MMM of Florida Inc. konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks. ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-212-9858 (TTY: 711).