



# Formulario de Inscripción 2025

OMB No. 0938-1378

Expires: 6/30/2026

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN GRUPAL 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 Grupal.

### Para unirse a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan
- Ser retirado o dependiente de un Retirado.
- Pertenecer a una Asociación Bonafide (aplica para grupo Alianza)

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

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

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puedes unirse a un plan:

- Durante el periodo de inscripción abierta establecido por tu grupo.
- Dentro de los 3 meses de recibir por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se te permite unirse o cambiar de plan

Visita [Medicare.gov](http://Medicare.gov) o comunícate con tu patrono para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número de tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Tu dirección permanente y número de teléfono
- Ser retirado o dependiente de un Retirado
- Pertenecer a una Asociación Bonafide.

**Nota:** Debes completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se te puede negar la cubierta porque no lo completes.

### Recordatorios:

- Si deseas unirse a un plan grupal durante la inscripción abierta del patrono, el plan debe de obtener tu formulario antes de la nueva cubierta.
- Puedes recibir una factura por la prima del plan o cualquier cantidad que no esté cubierta por tu patrono o descuento directo de tu pensión.
- Puedes optar por firmar para que se deduzcan tus pagos de prima de tu cuenta bancaria o de tu pensión (si aplica).

### ¿Qué sucederá después?

Envía tu formulario completo y firmado a:  
MMM Healthcare, LLC.

PO BOX 71114, SAN JUAN, PR 00936-8014

Una vez que procesen tu solicitud para unirse, se pondrán en contacto contigo.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a MMM al 1- 833-647-9555.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### In English: Call MMM at

1-833-647-9555 / TTY: 711 or Medicare toll free at 1-800-633-4227 and a representative will be available to assist you.

### Personas sin hogar.

Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques de seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con el Acta de 1995 de reducción de trabajo en papel, ninguna persona está obligada a responder a una colección de información a menos que no muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido OMB para esta colección de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información tiene un tiempo estimado de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisión de instrucciones, búsqueda de data, recolección de la data necesaria y completar y revisar la información colectada. Si usted tiene algún comentario con respecto a la confiabilidad del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar esta forma, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE:** No envíe esta forma o algún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, récords médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance. Cualquier documento que recibimos que no sea sobre cómo mejorar esta forma y la colección de data (según descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará o enviará al plan. Refiérase a la sección: ¿Qué sucederá después? En esta página para enviar su forma completada al plan.



Y0049\_2025 0145 EG 1\_C







## Por favor, lee y firma esta información importante:

- Debo mantener tanto la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médico) para permanecer en MMM.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que MMM compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para 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).

Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

- Entiendo que puedo ser afiliado en solo un plan MA a la vez- y que la afiliación a este plan automáticamente terminará mi afiliación en otro plan MA (excepciones aplican para planes MA PFFS, MA MSA ).
- Entiendo que cuando comience mi cubierta MMM, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MMM. Los beneficios y servicios proporcionados por MMM y contenidos en mi documento "Evidencia de Cubierta" de MMM (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni MMM pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

---

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

**Fecha de hoy:**

-   -      
**Mes      Día      Año**





## SECCIÓN 2 - TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PÁGINA SON OPCIONALES

ES TU ELECCIÓN RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS. NO SE TE PUEDE NEGAR CUBIERTA POR NO COMPLETARLA.

### ¿Eres de origen hispano, latino o español? Selecciona el que aplique:

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mejicano, américo mejicano, chicano/a
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano/a
- Sí, otro de origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder.

### ¿Cuál es tu raza? Selecciona lo que aplique:

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

### Por favor, selecciona el idioma en que prefieres que te hagamos llegar la información de tu cubierta de salud:

- Inglés
- Español
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### Selecciona uno si deseas que te enviemos la información en un formato accesible:

- Letra agrandada
- Audio CD
- Braille
- Formato digital
- Data CD

Por favor, llama al 1-866-333-5470 (libre de cargos) si necesitas información en otro formato accesible o idioma 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 (audio impedidos) deben llamar al 711.

1. ¿Trabajas?  Sí  No
- ¿Posees 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: \_\_\_\_\_

2. ¿Tu cónyuge trabaja?  Sí  No

3. ¿Resides en una instalación de cuidado prolongado, como un centro de envejecientes?  Sí  No

Si contestaste "sí", por favor provee la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona encargada de la institución: \_\_\_\_\_







**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"/> 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:

- |  |                                   |                                  |   |                              |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seminario   | <input type="checkbox"/> Hogar/WI | <input type="checkbox"/> Correo  | <input type="checkbox"/> Oficina                    | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Teléfono UCID: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>        | <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> Walk-in | <input type="checkbox"/> Institución/Hogar Custodio |                              |
| <input type="checkbox"/> Teléfono Institución: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> POS      |                                  |   |                              |

**¿Dónde consiguió información del plan?**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periódico      | <input type="checkbox"/> Oficina de su médico          | <input type="checkbox"/> Rótulo en valla | <input type="checkbox"/> Correo         |
| <input type="checkbox"/> Revista        | <input type="checkbox"/> Empleado de MMM               | <input type="checkbox"/> Folleto         | <input type="checkbox"/> Internet       |
| <input type="checkbox"/> Radio          | <input type="checkbox"/> Referido por familiar o amigo | <input type="checkbox"/> TV              | <input type="checkbox"/> Cliente previo |
| <input type="checkbox"/> Oficina de MMM | <input type="checkbox"/> Fax                           | <input type="checkbox"/> Otro: _____     |   |

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

Firma del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Número de Empleado/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Número de Confirmación de Cita: \_\_\_\_\_

