

## MÉTODO DE PAGO

**Nombre del afiliado:**

**Número de contrato:**

(Refiérase a su tarjeta de Plan Médico)

### Libreta de cupones

Puede realizar sus pagos en cualquier sucursal del Banco Popular de Puerto Rico, en nuestros Centros de Servicio, a través de Tele Pago al llamar al 1-866-627-8183 o realizando su pago en línea a través de [www.mcsclassicare.com](http://www.mcsclassicare.com).

Los afiliados con impedimentos auditivos (TTY), deben llamar al 1-866-627-8182. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

**Firma**

**Fecha**

### Descuento del Seguro Social

**Activar**

**Cancelar**

Este descuento puede reflejarse en el cheque de Seguro Social más adelante (de forma prospectiva) y se procesa en un periodo aproximado de 45 días. Hasta que el descuento no se refleje en su cheque de Seguro Social, usted deberá realizar sus pagos. Si la Administración del Seguro Social deniega la petición de descuento, su método de pago se cambiará por una libreta de cupones.

*Nota: La opción de método de pago no aplica a las cubiertas de salud MCS Classicare Grupal.*

**Firma**

**Fecha**

### Descuento automático

Usted puede escoger una de las dos opciones de pago disponibles. **Complete la siguiente información.**

#### Cuenta Bancaria

Tipo de cuenta: **Ahorros** **Cheque**

**Número de cuenta:**

**Número de ruta y tránsito (ABA):**

(favor verificar con su banco)

#### Tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta: **Visa** **Master Card** **AMEX**

**Número de tarjeta:**

**Fecha de expiración:**

Por este medio usted autoriza a MCS Advantage, Inc. a debitar de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito los cargos mensuales para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento automático se realizará el día diez (10) de cada mes. Para identificar mejor su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia de este) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el estado de cuenta mensual.

Al firmar la solicitud, estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionados anteriormente.

**Nombre (propietario de la cuenta):**

**Firma (propietario de la cuenta):**

**Firma del afiliado**

**Fecha**

**Si el descuento automático es a través de su cuenta de cheque, pegue aquí un cheque nulo. Esto nos permitirá validar el número de cuenta, el número de ruta y tránsito del banco, y así poder procesar su pago correctamente.**