

Solicitud de Afiliación MCS Classicare (HMO) 2026

Fecha de Efectividad (Mes/Día/Año): _____

SOA #: _____

Seleccione el plan en que desea afiliarse:

- | | |
|---|---|
| ☐ MCS Classicare Efectivo (HMO) PBP 005 | ☐ MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) PBP 038 |
| ☐ MCS Classicare En Tu Hogar (HMO) PBP 043 | ☐ MCS Classicare RxMax (HMO) PBP 059 |
| ☐ MCS Classicare Essential (HMO-POS) PBP 008 | ☐ MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP) PBP 002 |
| ☐ MCS Classicare Estrella (HMO) PBP 060 | ☐ MCS Classicare Platino 185 (HMO D-SNP) PBP 062 |
| ☐ MCS Classicare Excede (HMO) PBP 056: | ☐ MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) PBP 054: |
| ☐ Region 1 ☐ Region 2 ☐ Region 3 | ☐ Region 1 ☐ Region 2 ☐ Region 3 |
| ☐ MCS Classicare Firme (HMO) PBP 042 | ☐ MCS Classicare Platino Superior (HMO D-SNP) PBP 061 |
| ☐ MCS Classicare Hero (HMO) PBP 044 | ☐ MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP) PBP 017 |
| ☐ MCS Classicare InteliCare (HMO) PBP 052 | ☐ MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP) PBP 046 |
| ☐ MCS Classicare Patriot (HMO) PBP 016 | |

\$0 prima mensual (todos los planes)

Plan médico anterior:

☐ MMM ☐ SSS ☐ Humana ☐ Medicare Original ☐ Otro, especifique: _____

Información del Beneficiario:

Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número teléfono residencial: _____ Número teléfono alternativo: _____

Dirección Residencial Permanente (Urbanización o Condominio. No se permite apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Número de Apartamento o Casa: _____ Nombre o Número de Calle: _____

Pueblo: _____ País: PR Código Postal: _____

Dirección Postal (Urbanización o Condominio), si es diferente a la dirección permanente (PO Box es permitido):

Número de Apartamento o Casa: _____ Nombre o Número de Calle: _____

Pueblo: _____ País: PR Código Postal: _____

Su Información de Medicare:

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Fecha Efectividad Parte A (Hospital) (Mes/Día/Año): _____

Fecha Efectividad Parte B (Médico) (Mes/Día/Año): _____

H5577_2790725_C

OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026

Pagando su Prima del Plan:

Para todos los planes, excepto MCS Classicare Platino (HMO D-SNP): Si determinamos que usted debe una penalidad por afiliación tardía (o si actualmente tiene una penalidad por afiliación tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Usted puede pagar por correo, con tarjetas de débito y crédito (ATH, Visa, Mastercard o American Express), giro o con cheque en los Centros de Servicio. Además, puede pagar por teléfono a través de nuestro Centro de Servicio para los Miembros o a través de nuestra página de internet, cada mes. **También puede escoger pagar su prima por deducción automática mensual de su cheque de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). Si usted tiene que pagar una Cantidad Ajustada Mensual de la Parte D debido a su ingreso, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable del pago de esta cantidad adicional, además de la prima de su plan.** Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a MCS Classicare (HMO).

En Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana existen programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas en estas áreas pueden variar. Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica (Medicaid) local para conocer más sobre sus normas. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, los 7 días de la semana y diga "Medicaid" para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <https://www.medicare.gov> para obtener más información.

Método de Pago de Prima, si aplica:

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones.

Favor seleccionar una opción para el pago de la prima:

☐ Recibir una libreta de cupones (L) para pago por medio de cualquier sucursal del Banco Popular, por correo o en cualquier Centro de Servicios.

☐ Retiro automático de su cuenta bancaria (P). Favor incluir un cheque ANULADO o provea la siguiente información:

Nombre del titular cuenta: _____

Número ruta bancaria: _____ Número cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros

☐ Tarjeta de Crédito:

Tipo de tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ American Express

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de tarjeta: _____

Fecha de expiración: _____

☐ Deducción automática de su cheque de beneficio mensual de Seguro Social (W) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo beneficio mensual de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social o RRB puede tomar dos meses o más en comenzar luego que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su pedido para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios de Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de efectividad de su afiliación hasta el punto en que el descuento comience. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su pedido para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

- ☐ Puede hacer su pago a través de nuestra página de internet. Para utilizar el servicio, usted debe:
- a) Acceder www.mcsclassicare.com. b) Una vez haya ingresado, verá una opción en el centro de la página titulada "Mi MCS". Presione el enlace. c) Luego verá un recuadro a la derecha de la pantalla. Si usted es un usuario nuevo, deberá registrarse. Presione el cursor sobre "Registro". d) Una vez haya ingresado a la página de registro, complete el "Formulario de Registro". Necesitará tener su tarjeta de identificación del plan a la mano. Al terminar la transacción, el sistema le ofrecerá un número de confirmación de pago.

Conteste estas Preguntas Importantes:

1. ¿Es usted nuevo beneficiario de Medicare? ☐ **Sí** ☐ **No**
2. ¿Está usted afiliado en un plan Medicare Advantage y desea realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés)? ☐ **Sí** ☐ **No**
3. ¿Usted se mudó recientemente del área de servicio de su plan actual y este plan es una nueva opción para usted o fue liberado de prisión recientemente? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que se mudó o fue liberado: _____
Si contestó "Sí", MCS Advantage adviene en conocimiento de su mudanza en la fecha de firma de esta solicitud.
4. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid o recibió Medicaid recientemente? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si contestó "Sí", favor proveer su número de Medicaid (MPI): _____
5. ¿Estaba usted afiliado a un Plan de Necesidades Especiales C-SNP o D-SNP, pero perdió la cualificación necesaria para estar en ese plan? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que fue notificado de la pérdida de elegibilidad: _____
6. ¿Recientemente usted perdió, involuntariamente, su cubierta acreditable de medicamentos recetados, cubierta tan buena como la cubierta de Medicare (ejemplo, cubierta grupal de un patrono o sindicato) o está dejando la cubierta de su empleador o sindicato? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha: _____
7. ¿Obtuvo el estado de presencia legal en Estados Unidos recientemente? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que obtuvo el estado de presencia legal: _____
8. Le afectó una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (así declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). ¿Una de estas afirmaciones aplica a usted, pero no pudo afiliarse debido al desastre natural? ☐ **Sí** ☐ **No**
9. Si usted escogió **MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)**, debe saber que este plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que padecen ciertas afecciones. Favor indique cuál de estas condiciones crónicas lo hace elegible:
☐ **Diabetes Mellitus** ☐ **Insuficiencia Cardíaca Crónica** ☐ **Trastornos Cardiovasculares** (arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y/o trastorno tromboembólico venoso crónico)

El ofrecer su información privada del beneficio de Veteranos es voluntario. Su elegibilidad al beneficio de Veterano no afectará su elegibilidad o afiliación a Medicare o MCS Classicare (HMO).

10. ¿Es usted Veterano? ☐ **Sí** ☐ **No**
11. ¿Es usted cónyuge de un Veterano? ☐ **Sí** ☐ **No**

12. ¿Tendrá usted otra cubierta de seguro médico/hospitalario o medicamentos recetados además de MCS Classicare (HMO), como un seguro privado, TRICARE, Beneficios de Salud para Empleados Federales, beneficios de Veterano o asistencia farmacéutica estatal? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contestó "Sí", por favor indíquenos su otra cubierta y el(los) número(s) de identificación para esta cubierta:

Nombre de la Cubierta: _____ Número de Contrato de la Cubierta: _____

Nombre de Patrono: _____ Número de Grupo de la Cubierta: _____

Busque en la tarjeta de su otro plan de medicamentos recetados para completar la siguiente información:

Rx Bin: _____ Rx PCN: _____ Rx Group: _____

13. ¿Reside en una facilidad de cuidado prolongado, como un centro de envejecientes o asilo de ancianos?

☐ **Sí** ☐ **No**

Si contestó "Sí", favor proveer la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono de la institución: _____

Nombre de la persona encargada de la institución: _____

14. ¿Tiene usted Directrices Anticipadas? ☐ **Sí** ☐ **No**

Información del Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés):

Favor escoger el nombre del Médico de Cuidado Primario (PCP):

Nombre del Médico de Cuidado Primario (PCP): _____

Número de grupo del Médico de Cuidado Primario: _____

Materiales Informativos:

Favor escoger uno de los encasillados a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea Español o en otro formato accesible:

Otro formato: ☐ Audio CD ☐ Braille ☐ Letra Grande ☐ Data CD

Otro Idioma: ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Por favor, comuníquese con Servicio para los Miembros de MCS Classicare (HMO) al 787.620.2530 (Área Metro) o al 1.866.627.8183 (Libre de Costo), si necesita información en otro formato accesible o idioma diferente que no se mencione arriba. Nuestro horario de operaciones es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Sistema de voz disponible para dejar un mensaje luego de las horas laborables y días feriados. Usuarios de TTY deben llamar al 1.866.627.8182 (audioimpedidos).

¿Usted autoriza a MCS Classicare (HMO) a enviarle los siguientes documentos por correo electrónico: Directorio de Proveedores y Farmacias, Notificación Anual de Cambios, Evidencia de Cubierta, Resumen de Beneficios, Formulario de Medicamentos Recetados, Formulario de Equipo Médico Duradero, material de promoción, material educativo, entre otras comunicaciones del Plan? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contestó "Sí", favor proveer correo electrónico: _____

¿Usted autoriza a MCS Classicare (HMO) a enviarle mensajes de texto relacionados a sus servicios de salud? ☐ **Sí**

☐ **No** Si contestó "Sí", favor proveer número de celular: _____

¿Cuál es su método de comunicación de preferencia? * ☐ Llamada ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico * Tenga en cuenta que algunos materiales regulatorios pueden entregarse a través de un método de comunicación diferente al que usted seleccionó.

Después de afiliarse, si no desea continuar recibiendo comunicaciones a su correo electrónico o mensajes de texto a su teléfono celular o desea cambiar su método preferido de comunicación, puede comunicarse a nuestro Servicio para los Miembros: 787.620.2530 (Área Metro), 1.866.627.8183 (Libre de Costo). Nuestro horario de operaciones es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Sistema de voz disponible para dejar un mensaje luego de las horas laborables y días feriados. Usuarios de TTY deben llamar al 1.866.627.8182 (audioimpedidos).

Lea esta Información Importante:

Si actualmente usted tiene cubierta de salud a través de un patrono o unión, afiliarse a MCS Classicare (HMO) podría afectar sus beneficios de salud del patrono o unión. Usted podría perder su cubierta de salud de su patrono o unión si se afilia a MCS Classicare (HMO). Lea las comunicaciones que le envíe el patrono o unión. Si usted tiene preguntas, visite el portal de Internet de ellos o comuníquese con la oficina notificada en las comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina en la que contestan las preguntas relacionadas a su cubierta le puede ayudar.

IMPORTANTE: Lea y Firme a Continuación:

- Debo mantener ambas, la Parte A (Hospital) y Parte B (Médica) de Medicare para permanecer en MCS Classicare (HMO).
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage o plan de Medicamentos Recetados de Medicare, estoy en conocimiento que MCS Classicare (HMO) compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarlo para realizar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por Ley Federal que autorizan la recopilación de esta información (ver Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de información puede afectar la suscripción al plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez – y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage (excepciones aplican para planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que a partir del comienzo de mi cubierta con MCS Classicare (HMO), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de MCS Classicare (HMO). Servicios y beneficios provistos por MCS Classicare (HMO) y contenidos en mi documento de Evidencia de Cubierta de MCS Classicare (también conocido como el contrato o acuerdo del afiliado) serán cubiertos. Ni Medicare ni MCS Classicare (HMO) pagarán por servicios o beneficios no cubiertos.
- La información ofrecida en esta solicitud de afiliación, a mi mejor entendimiento está correcta. Entiendo que, si intencionalmente he provisto de información falsa en esta solicitud, seré desafiliado del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un individuo autorizado (según descrito anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a la ley Estatal para completar esta solicitud y
 - 2) Documentación de esta autorización está disponible, según sea solicitada por Medicare.
- Doy mi consentimiento para la divulgación y el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), sus designados y el plan MA o Parte D; la información se puede usar para rastrear la inscripción y otros fines, según lo permitan las leyes y reglamentaciones federales.

Por la presente acuso recibo de los siguientes documentos, entregados por el Representantes de Ventas o Agente:

- ☐ Clasificación del Plan H5577
- ☐ Directrices Anticipadas
- ☐ Aviso de Disponibilidad de Ayudas y Servicios Auxiliares
- ☐ Instrucciones de cómo acceder el Directorio de Proveedores y Farmacias, la Evidencia de Cubierta y el Formulario de Medicamentos, según aplique
- ☐ Modelo de Cuidado (MOC) – **sólo Platino y C-SNP**
- ☐ Resumen de Beneficios
- ☐ Lista de Cotejo Pre-Afiliación
- ☐ Aviso de no discriminación
- ☐ Documento de exclusión voluntaria
- ☐ Otro: _____

También certifico que el Representante de Ventas o Agente me ha orientado sobre el Formulario de Autorización para Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud.

Firma: _____ **Fecha de Hoy:** _____

Si usted es un representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ **Relación con el Afiliado:** _____

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Para los individuos que ayudan al afiliado a completar este formulario solamente

Completar esta sección si eres un individuo (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, miembros de la familia u otros terceros) ayudando a un afiliado a completar esta forma.

Nombre: _____ **Relación con el afiliado:** _____

Firma: _____ **Fecha de Firma:** _____

Número Nacional de Productor (solo Agentes/Corredores): _____

Sólo para uso Oficial:

Número ID Agente: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ MA OEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____ # ID Plan: _____

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 dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), §§ 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (MARx)", número de sistema 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción en el plan.