

Solicitud de Afiliación MCS Classicare (HMO) 2025

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

SOA #: _____

Seleccione el plan en que desea afiliarse:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Del Caribe (HMO) PBP 057 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Metro (HMO) PBP 051 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Efectivo (HMO) PBP 005 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Patriot (HMO) PBP 016 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare En Tu Hogar (HMO) PBP 043 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) PBP 038 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Essential (HMO-POS) PBP 008 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare RxMax (HMO) PBP 059 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Exacto (HMO) PBP 053 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP) PBP 002 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Excede (HMO) PBP 056:
<input type="checkbox"/> Región 1 <input type="checkbox"/> Región 2 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) PBP 054:
<input type="checkbox"/> Región 1 <input type="checkbox"/> Región 2 <input type="checkbox"/> Región 3 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Firme (HMO) PBP 042 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP) PBP 029 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Hero (HMO) PBP 044 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP) PBP 017 |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare InteliCare (HMO) PBP 052 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP) PBP 046 |

\$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 alterno:** _____

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 (Código + 4 dígitos): _____

Dirección Postal (Urbanización o Condominio), si es diferente a la dirección permanente.

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

Pueblo: _____ País: PR Código Postal (Código + 4 dígitos): _____

Contestar las siguientes preguntas es opcional. No se le podrá negar cubierta médica si usted decide no contestarlas:

1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las que apliquen.

___ Sí, Puertorriqueño(a)

___ Sí, Mexicano, Mexicanoamericano o Chicano(a)

___ Sí, Cubano

___ Sí, de algún otro origen hispano, latino o español

___ No, no hispano ni latino ni de origen español

___ **No desea responder.**

2. ¿De qué raza se considera usted? Seleccione todas las que apliquen.

Blanco

Negro o Afroamericano

Indoamericano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico:

Guameño o Chamorro (Guam)

Nativo de Hawaii

Samoano

Isleño del Pacífico (otro)

Asiático:

Indígena-asiático

Chino

Filipino

Japonés

Coreano

Vietnamita

Asiático (otro)

No desea responder.

3. ¿Con cuál género se identifica usted? Seleccionar solo uno.

Mujer

Hombre

No binario

Utiliza otro término: _____

No desea responder.

4. ¿Cuál de las siguientes opciones le representa mejor a usted? Seleccionar solo una.

Heterosexual, es decir, ni *gay* ni lesbiana

Lesbiana o *gay*

Bisexual

Utiliza otro término: _____

No sabe

No desea responder.

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): _____

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 Llamadas de Servicio 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 se determina que 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 Mariana 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: _____

— Dedución 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)**, favor indique con cuál condición crónica usted fue diagnosticado:
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 el Centro de Llamadas de Servicio 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 y otras comunicaciones del Plan? **Sí** _____ **No** _____

Si contestó "Sí", favor proveer número de celular: _____

Después de afiliarse, si no desea continuar recibiendo comunicaciones a su correo electrónico o mensajes de texto a su teléfono celular, puede comunicarse a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente: 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:

- Debe 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. 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 desafiado 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.

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

- Clasificación del Plan H5577
- Directrices Anticipadas
- Hoja de Multi-Idiomas
- 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 suscrito 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: _____