

## Solicitud de Afiliación MCS Classicare (HMO) 2024

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 Platino Del Sur (HMO D-SNP) PBP 055                                                                                                          |
| <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:<br><input type="checkbox"/> Región 1 <input type="checkbox"/> Región 2 | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) PBP 054:<br><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.

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 dos 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.

- |                                                           |                                                     |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco                           | <input type="checkbox"/> Asiático:                  |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano            | <input type="checkbox"/> Indígena-asiático          |
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chino                      |
| Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico:                   | <input type="checkbox"/> Filipino                   |
| <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro (Guam)        | <input type="checkbox"/> Japonés                    |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii                 | <input type="checkbox"/> Coreano                    |
| <input type="checkbox"/> Samoano                          | <input type="checkbox"/> Vietnamita                 |
| <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (otro)       | <input type="checkbox"/> Asiático (otro)            |
|                                                           | <input type="checkbox"/> <b>No desea responder.</b> |

**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 \_\_\_\_\_

— 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](http://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?  
**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que se mudó: \_\_\_\_\_  
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)?  
**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que perdió la cubierta de medicamentos: \_\_\_\_\_
7. ¿Está usted dejando una cubierta de su patrono o unión? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha: \_\_\_\_\_
8. ¿Está su plan terminando su contrato con Medicare o está Medicare terminando su contrato con su plan?  
**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_
9. ¿Fue liberado de la cárcel recientemente? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que fue liberado de la institución: \_\_\_\_\_
10. ¿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: \_\_\_\_\_

11. 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** \_\_\_\_

12. ¿Fue usted afiliado en un plan por Medicare (o el estado) y quiere elegir un plan diferente? **Sí** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_  
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que inició en ese plan: \_\_\_\_\_

13. 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) \_\_\_\_

14. ¿Trabaja usted o su cónyuge? **Sí** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

**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).**

15. ¿Es usted Veterano? **Sí** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

16. ¿Es usted cónyuge de un Veterano? **Sí** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

17. Algunas personas podrían tener otra cubierta de seguro médico/hospitalario o de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, compensación laboral, beneficios de Veterano, TRICARE o Beneficios de Salud para Empleados Federales. ¿Tiene o tendrá usted personalmente o a través de su cónyuge, 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: \_\_\_\_\_

18. ¿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: \_\_\_\_\_

19. ¿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: \_\_\_\_\_



- 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.

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
- 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.

**Sólo para uso Oficial:**

Nombre del personal/agente/corredor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número ID Agente: \_\_\_\_\_ Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

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