



Solicitud de Afiliación MCS Classicare (OSS) 2021

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

SOA #: _____

Seleccione el plan en que desea afiliarse:

- MCS Classicare Activo (OSS) – PBP 031
- MCS Classicare Essential (OSS-PDS) – PBP 008
- MCS Classicare Efectivo (OSS) – PBP 005
- MCS Classicare MediCa\$h (OSS) – PBP 014
- MCS Classicare MediOnlyNoRx (OSS) – PBP 016
- MCS Classicare Primero (OSS C-PNE) – PBP 038
- MCS Classicare SuperRx (OSS) – PBP 039
- MCS Classicare AhorraRx (OSS) – PBP 040

- MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE) – PBP 028
- MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE) – PBP 037
- MCS Classicare Platino Ideal (OSS D-PNE) – PBP 002
- MCS Classicare Platino MásCa\$h (OSS D-PNE) – PBP 029
- MCS Classicare Platino Progreso (OSS D-PNE) – PBP 017
- MCS Classicare Platino Recarga (OSS D-PNE) – PBP 036

\$0 prima mensual (todos los planes)

Plan médico anterior:

MMM PMC 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): _____

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 **MCS Classicare Activo (OSS)**, **MCS Classicare Essential (OSS PDS)**, **MCS Classicare Efectivo (OSS)**, **MCS Classicare MediCa\$h (OSS)**, **MCS Classicare Primero (OSS)**, **MCS Classicare SuperRx (OSS)** y **MCS Classicare AhorraRx (OSS)**: 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, Master Card 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 (OSS).

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. 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. ¿Tiene o tendrá usted personalmente o a través de su cónyuge, otra cubierta de medicamentos recetados además de MCS Classicare (OSS), tal como seguro privado, TRICARE, cubierta de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos o programas estatales de ayuda farmacéutica? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó "Sí", favor proveer la siguiente información:
Nombre del Plan: _____ Número de Contrato: _____
Nombre del Patrono: _____ Número de Grupo: _____
Rx Bin: _____ Rx PCN: _____ Rx Group: _____

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 (OSS).

5. ¿Tiene o tendrá usted personalmente o a través de su cónyuge, otra cubierta de seguro médico-hospitalario además de MCS Classicare (OSS), tal como seguro privado, compensación de obrero, o beneficios de la Administración de Veteranos? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó “Sí”, favor proveer la siguiente información:
Nombre del Plan Médico: _____ Número de Contrato: _____
Nombre de Patrono: _____ Número de Grupo: _____
6. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó “Sí”, favor proveer copia de su formulario “Notificación de acción tomada sobre la solicitud y /o reevaluación del programa de asistencia médica” (MA-10), y provea su número de Medicaid (MPI): _____
7. ¿Tuvo recientemente un cambio en su Medicaid? **Sí** _____ **No** _____
Recién recibió Medicaid _____ Perdió Medicaid _____ Favor proveer la fecha: _____

8. ¿Estaba usted afiliado a un Plan de Necesidades Especiales (PNE), pero perdió la cualificación necesaria para estar en ese plan? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que fue desafiliado del PNE: _____
9. ¿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: _____
10. ¿Está usted dejando una cubierta de su patrono o unión? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha: _____
11. ¿Trabaja usted o su cónyuge? **Sí** _____ **No** _____
12. ¿Está su plan terminando su contrato con Medicare o está Medicare terminando su contrato con su plan?
Sí _____ **No** _____
13. ¿Fue liberado de la cárcel recientemente? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó "Sí", favor proveer la fecha en que fue liberado de la institución: _____
14. ¿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: _____
15. 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** _____
16. ¿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: _____
17. Si usted escogió **MCS Classicare Primero (OSS C-PNE)**, 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) _____
18. **Sólo Platino:** ¿Está usted afiliado en un plan Medicare Advantage y en el programa estatal de Medicaid y desea realizar un cambio? **Sí** _____ **No** _____
Si contestó "Sí", favor proveer su número de Medicaid (MPI): _____

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 Idioma: Inglés _____ Otro: _____

Otro formato: Audio CD _____ Braille _____ Letra Grande _____

Por favor, comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio de MCS Classicare (OSS) 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^{ro} de octubre al 31 de marzo. Desde el 1^{ro} de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. 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 (OSS) a enviarle los siguientes documentos por correo electrónico: Directorio de Proveedores, Notificación Anual de Cambios, Evidencia de Cubierta, Resumen de Beneficios, Formulario de Medicamentos Recetados, Guía de Artículos OTC, Guía 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 (OSS) 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^{ro} de octubre al 31 de marzo. Desde el 1^{ro} de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. 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 (OSS) 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 (OSS). 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 (OSS).
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage o plan de Medicamentos Recetados de Medicare, estoy en conocimiento que MCS Classicare (OSS) 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 (refiérase a la Declaración de Ley de Privacidad a continuación).

- Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de información puede afectar la suscripción al plan.
- 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 las personas con Medicare generalmente no están cubiertas bajo Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cubierta limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.
- Entiendo que a partir del comienzo de mi cubierta con MCS Classicare (OSS), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de MCS Classicare (OSS). Servicios y beneficios provistos por MCS Classicare (OSS) 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 (OSS) pagarán por servicios o beneficios no cubiertos.
- 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
- Instrucciones de cómo acceder la Guía de Equipo Médico Duradero (DME), Directorio de Proveedores y Farmacias, la Evidencia de Cubierta, Guía de Artículos Fuera del Recetario (OTC) y el Formulario de Medicamentos, según aplique
- Modelo de Cuidado (MOC) – **sólo Platino y C-PNE**
- Resumen de Beneficios y 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 OSS 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: _____