



SOLICITUD DE AFILIACIÓN 2019 MAPD INDIVIDUAL OSS PNE



Favor comunicarse con MCS Classicare (OSS) si necesita información en otro lenguaje o formato (Ej. Braille).

Favor marcar en qué plan desea inscribirse:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Clásico (OSS PNE) = \$0.00 mensual | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE) = \$0.00 mensual |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Ideal (OSS PNE) = \$0.00 mensual | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino MásCa\$h (OSS PNE) = \$0.00 mensual |
| <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino OTC (OSS PNE) = \$0.00 mensual | <input type="checkbox"/> MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE) = \$0.00 mensual |

Para afiliarse a MCS Classicare (OSS), favor proveer la siguiente información:

INFORMACION DEL BENEFICIARIO

Apellidos	Nombre (como aparece en la Tarjeta de Medicare)	Inicial	Sr.	Sra.	Srta.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección Residencial Permanente (Urbanización o Condominio). (No se permite apartado postal.)					
Número de Casa o Número de Apartamento			Nombre de Calle o Número de Calle		
Pueblo		País	Código Postal (Código + 4 dígitos)		
Dirección Postal (Urbanización o Condominio). (Sólo si es diferente a la Dirección Residencial Permanente.)					
Número de Casa o Número de Apartamento			Nombre de Calle o Número de Calle		
Pueblo		País	Código Postal (Código + 4 dígitos)		
Número de Teléfono Residencial () -	Número de Teléfono Alterno () -	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
Contacto en Caso de Emergencia		Relación con Usted	Número de Teléfono () -		
Dirección de la persona a localizar en Caso de Emergencia		Fecha de Efectividad - - - - -			
		Número de Seguro Social - - - - -			

¿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, material de promoción, material educativo, entre otras comunicaciones del Plan?

Sí estoy de acuerdo en recibir información por correo electrónico. Correo electrónico: _____
 No estoy de acuerdo en recibir información por correo electrónico.

¿Usted autoriza a MCS Classicare (OSS) a enviar mensajes de texto relacionados a sus servicios de salud y otras comunicaciones del Plan?

Sí estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto. Número de teléfono celular (mensajes de texto): _____
 No estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto.

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) y 1-866-627-8182 TTY (Audioimpedidos), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

POR FAVOR PROVEA SU INFORMACION DE SEGURO DE MEDICARE

Favor presentar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar la sección a la derecha. 1) Complete esta información según se muestra en su tarjeta de Medicare.-O- 2) Aneje una copia de su tarjeta de Medicare o la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.	Nombre (tal y como aparece en su tarjeta de Medicare):
	Número de Medicare: _____
POR FAVOR SELECCIONE UN MÉDICO PRIMARIO DE NUESTRO DIRECTORIO DE PROVEEDORES Nombre del Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) _____ Número de Grupo del Médico Primario _____	Tiene Derecho A: _____ Fecha de Efectividad: _____
	HOSPITAL (Parte A) _____
	MÉDICO (Parte B) _____
Usted debe tener Parte A y Parte B de Medicare para afiliarse a un plan Medicare Advantage.	

_____ Iniciales

Pagando su Prima del Plan

Las personas con ingresos limitados pueden cualificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, quienes cualifiquen no tendrán el periodo sin cobertura ni tendrán que pagar multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estas ayudas y ni siquiera lo saben. Para más información sobre Ayuda Adicional, llame a su oficina de Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en Internet, en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si cualifica para Ayuda Adicional con los costos de su cubierta de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de su prima mensual del plan. Si Medicare solo paga una porción de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

FAVOR LEER Y CONTESTAR 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 Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP)? Sí No
3. ¿Tiene usted Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o usted no necesita más diálisis regularmente, **por favor incluya una nota de su doctor o su expediente médico** que demuestre que usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita más diálisis, de lo contrario es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
4. ¿Usted se mudó recientemente del área de servicio de su plan actual y este plan es una nueva opción para usted? Sí No
Se mudó en (fecha): _____
5. ¿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 la respuesta es "Sí", conteste la siguiente información:
Nombre del Plan: _____ Número de Contrato: _____
Nombre de Patrono: _____ Número de Grupo: _____
Busque en la tarjeta de su otro plan de medicamentos recetados para completar la siguiente información:
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).**
6. ¿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
Nombre del Plan Médico: _____ Número de Contrato: _____
Nombre de Patrono: _____ Número de Grupo: _____
7. ¿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 indicar el número de Medicaid: _____
8. ¿Tuvo un cambio reciente en su Medicaid?
 Recién recibió Medicaid, por favor indicar el número de Medicaid: _____
 Tuvo un cambio en el nivel de indigencia de Medicaid
9. ¿Recientemente usted perdió, involuntariamente, su cubierta acreditable de medicamentos recetados, cubierta tan buena como la cubierta de Medicare (es decir, la cubierta grupal de un patrono o sindicato)? Sí No
Fecha en que usted perdió la cubierta de medicamentos: _____
10. ¿Está usted dejando una cubierta de su patrono o unión? Sí No
Si contestó "Sí", favor añadir la fecha: _____
11. ¿Está su plan terminando su contrato con Medicare o está Medicare terminando su contrato con su plan? Sí No
12. ¿Se está mudando a, vive en, o recientemente salió fuera de una facilidad de cuidado prolongado, como un asilo para ancianos?
 Sí No Si contestó "Sí", favor indicar:
Nombre de la Institución: _____
Dirección de la Institución (número y calle): _____
Número de teléfono de la Institución: _____
Usted se mudó a/se mudará fuera de la facilidad en (fecha): _____
13. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No
14. ¿Fue liberado de la cárcel recientemente? Sí No
Fecha en que fue liberado de la institución: _____
15. ¿Obtuvo el estado de presencia legal en Estados Unidos recientemente? Sí No
Fecha en que obtuvo el estado de presencia legal: _____

___ Iniciales

16. 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
17. ¿Fue usted afiliado en un plan por Medicare (o el estado) y quiere elegir un plan diferente? Sí No
Si contestó "Sí", favor añadir la fecha en que inició en ese plan: _____

Por favor, seleccione uno de los encasillados a continuación si usted prefiere que le enviemos el material informativo en otro lenguaje que no sea Español o en otro formato accesible:

Otro Idioma: Inglés Otro Formato: Audio CD Braille Letra Grande

Por favor, comuníquese con MCS Classicare (OSS) al 787-620-2530 (Área Metro) o al 1-866-627-8183 (Libre de Costo), si usted necesita información en formato accesible o lenguaje diferente a los listados arriba. Nuestro horario de operaciones es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.



FAVOR LEER 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 constan las preguntas relacionadas a su cubierta le puede ayudar.

FAVOR LEER Y FIRMAR ABAJO

Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. MCS Classicare (OSS) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Es necesario que yo mantenga las Partes A y B de Medicare.
2. Yo sólo puedo estar en un Plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan terminará automáticamente mi afiliación a otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados.
3. Es mi responsabilidad el informarle de alguna cubierta de medicamentos recetados que yo tenga o que yo pueda tener en el futuro.
4. La afiliación de este plan es generalmente por el año completo.
5. MCS Classicare (OSS) sirve a áreas de servicio específicas. Si me mudo del área de servicios donde MCS Classicare (OSS) sirve, tengo que notificarle al plan para desafiarme y buscar un nuevo plan en mi nueva área.
6. Una vez sea afiliado de MCS Classicare (OSS), yo tengo el derecho de apelar las decisiones del plan en cuanto a los pagos o servicios, si discrepo de los mismos.
7. Leeré el documento de la Evidencia de Cubierta de MCS Classicare (OSS) cuando lo tenga, para conocer las reglas a seguir para obtener los beneficios de la cubierta con este plan de Medicare Advantage.
8. 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.
9. Entiendo que a partir del comienzo de mi cubierta con MCS Classicare (OSS) debo obtener todo mi cuidado médico a través de MCS Classicare (OSS), excepto para servicios de emergencia, servicios de cuidado médico urgente o servicios de diálisis fuera del área de servicio. Servicios autorizados por MCS Classicare (OSS) y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cubierta de MCS Classicare (OSS) (también conocido como el contrato o acuerdo del afiliado) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI MCS CLASSICARE (OSS) PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS.**
10. Entiendo que si obtengo la asistencia de un agente de ventas, productor u otro individuo empleado por o contratado con MCS Classicare (OSS), el/ella podría recibir pagos basados en mi afiliación en MCS Classicare (OSS).
11. **Relevo de Información:** Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, estoy en conocimiento que MCS Classicare (OSS) ofrecerá mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamiento, pagos y operación del plan de salud. También estoy en conocimiento que MCS Classicare (OSS) ofrecerá mi información incluyendo datos de eventos de medicamentos recetados a Medicare, quien puede ofrecerla para investigaciones y otros propósitos que sigan todos los estatutos y regulaciones Federales que apliquen.

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 de este plan.

_____ Recibí el Aviso Sobre Prácticas de Privacidad.

_____ Iniciales

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes Estatales donde yo resido) 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.

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

Nota:

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: (____) _____ **Relación con el Afiliado:** _____

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación a MCS Classicare depende de la renovación del contrato. MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。 **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). **注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Para Uso Oficial Solamente:

Nombre de personal/agente/corredor: _____ Firma: _____

Número de ID del Agente: _____ Fecha de Efectividad: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP (tipo): _____ No Elegible: _____ Núm. ID del Plan: _____