

Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare



El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos de bolsillo por medicamentos de Medicare Parte D al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que se indique que son opcionales													
NOMBRE:				APELLIDO:				Inicial del SEGUNDO NOMBRE (opcional):					
Número de Medicare:							-				-		
Número de identificación de miembro:				Número de RxGroup:									
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)				Número de teléfono:									
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos, a menos que esté en situación de falta de vivienda):													
Ciudad:				Condado (opcional):				Estado:		Código postal:			
Dirección postal, si es distinta de su domicilio permanente (se permiten los apartados de correos): Dirección:													
Ciudad:								Estado:		Código postal:			
Quiero participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare para el: ☐ Año actual del plan ☐ Próximo año del plan													
Lea y firme a continuación													
• Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Mi plan se comunicará conmigo si se necesita más información. • Comprendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos. • Mi plan me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa. Hasta entonces, comprendo que no soy participante del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. • Comprendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, mi plan renovará automáticamente mi participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con mi plan para cancelar mi participación.													
Firma:								Fecha:					
Si completa este formulario por otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado/a por la ley estatal para completar este formulario de participación y que tiene documentación de esta autoridad disponible si Medicare la solicita.													
Nombre:				Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):									
Número de teléfono:				Relación con el/la participante:									

Y0026_206046_C

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completado a: Capital Rx, Attn: M3P Elections, 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en <https://enrollment.cap-rx.com/?client=emblemhealthmppp> o llámenos al **1-833-746-5914** para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al **1-833-746-5914**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

- Usted confirma y comprende que debe ser miembro de Medicare Parte D para participar en este programa. Usted reconoce y acepta que su participación en el programa del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan, MPPP) no es obligatoria por ley y que este es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Los CMS pueden ajustar los requisitos del programa del MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden afectar su posición en el programa del MPPP, el funcionamiento del programa del MPPP u otros aspectos del programa.
- Cuando surta una receta para un medicamento elegible, pagará cero dólares en la farmacia, pero acepta el repago de todos y cada uno de los costos de los medicamentos con receta aplicables incurridos durante su participación en el MPPP.
- Recibirá una factura mensual por el monto adeudado, la fecha de vencimiento e información sobre cómo realizar el pago. Si no paga su factura antes del final del período de gracia, será eliminado/a de esta opción de pago. No obstante, usted debe pagar el monto adeudado y es posible que no pueda volver a elegir esta opción de pago.
- Sus pagos pueden cambiar cada mes porque su factura mensual se basa en lo que usted habría pagado por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año. No obstante, nunca pagará más que el monto total que habría pagado de su bolsillo o el costo máximo de bolsillo anual total.
- Puede dejar esta opción de pago en cualquier momento sin que esto afecte su cobertura de medicamentos de Medicare y otros beneficios de Medicare. Sin embargo, después de darse de baja, recibirá una factura cada mes por el monto adeudado hasta que se pague el saldo.
- Pagará directamente a la farmacia los nuevos gastos de bolsillo por medicamentos después de que deje esta opción de pago.
- La participación en esta opción de pago le hará elegible automáticamente para recibir correos electrónicos importantes y relevantes.
- Si se cancela su inscripción en el plan Medicare Parte D por cualquier motivo, o si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, su participación en esta opción de pago finalizará. No obstante, seguirá recibiendo una factura mensual por el monto adeudado hasta que el saldo se pague en su totalidad.
- Si bien esta opción de pago ayuda a administrar sus gastos, no los reduce. Si tiene ingresos o recursos limitados, puede obtener más información sobre los programas que ayudan a reducir los costos de medicamentos visitando Medicare.gov.
- Si tiene alguna inquietud, tiene derecho a seguir el proceso de queja formal que se encuentra en su Evidencia de cobertura.
- Si sospecha que su cuenta o contraseña se ha visto comprometida, notifique a Capital Rx.
- EmblemHealth trabaja con un proveedor externo para ofrecer el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, lo que incluye proporcionar un sitio web para ver su cuenta, programar y realizar pagos y revisar el historial de pagos.
- Comprendo que mi plan, Capital Rx y otros terceros en su nombre pueden comunicarse conmigo por teléfono o mensaje de texto a los números de teléfono que proporcione junto con mi cobertura. Reconozco que estas llamadas o mensajes de texto pueden ser a través de un sistema automatizado. Comprendo que puedo optar por no recibir llamadas y mensajes de texto relacionados con el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare comunicándome con Prime Therapeutics o con mi plan de salud en cualquier momento.
- Además, reconoce que su información privada, incluida la información médica protegida, puede comunicarse de manera segura a entidades externas contratadas para brindarle ciertos servicios o funciones del programa del MPPP. Consulte la política de privacidad de Capital Rx en <https://www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacypolicy> para obtener más información. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, usted comprende que el contenido, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su respectivo propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.