

**Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare
Formulario de solicitud de participación**

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de desembolso personal de los medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de los medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la más conveniente para usted si recibe ayuda para pagar sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Complete todos los campos, a menos que estén marcados como opcionales

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del SEGUNDO nombre (opcional):
---------	-----------	--

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (___/___/___)	Número de teléfono: ()
--	-------------------------------

Dirección de residencia permanente (no use un apartado postal, a menos que se encuentre sin hogar):

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (puede usar un apartado postal):
Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud de participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. MetroPlusHealth me contactará si necesitan más información.
- Entiendo que la firma del presente indica que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- MetroPlusHealth me enviará un aviso para informarme cuando se active mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Entiendo que, hasta ese momento, no soy participante del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Si está completando este formulario en nombre de otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que tiene autorización de la ley estatal para completar este formulario y que tiene la documentación de esta facultad disponible si Medicare se la solicita.

Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal):
---------	--

Número de teléfono: ()	Relación con el participante:
<p>Cómo presentar este formulario</p> <p>También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en caremark.com/mppp, o puede llamarnos al 866.693.4615 para presentar la solicitud por teléfono.</p> <p>Envíe el formulario completo a:</p> <p style="padding-left: 40px;">MetroPlusHealth Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230</p> <p>Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 866.693.4615. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

Términos y condiciones del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es un programa voluntario que le permite distribuir los costos de desembolso personal de los medicamentos de la Parte D durante los meses restantes del año del plan. El programa no afecta el costo total de los medicamentos recetados. Las primas del plan aplicables se facturan y se deben pagar aparte del estado de facturación del Plan de Pago de Medicamentos Recetados. Si participa en el programa, usted (o su representante autorizado) indica que entiende estos términos y condiciones del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Usted acepta que es financieramente responsable de todos los montos facturados en virtud del programa. Si no paga los montos adeudados en virtud del programa, será eliminado del programa y no se le permitirá volver a participar hasta que se paguen todos los montos adeudados. Puede elegir dejar de participar del programa en cualquier momento. Sin embargo, los montos pendientes que se adeuden se facturarán y deberán pagarse.