

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare Formulario de solicitud de participación	 		
<p>El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarte a gestionar sus costos de medicamentos de Medicare Parte D que debe pagar de su bolsillo y distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). La nueva opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos. Esta opción de pago no sería la mejor si usted recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como ayuda adicional (Extra Help) de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Comuníquese con su plan para obtener más información.</p>			
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/YYYY) (___ / ___ / ___)	Número de teléfono: ()		
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal a menos que no tenga hogar):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente a su dirección de residencia permanente (se permite el apartado postal): Código postal:		Dirección:	Ciudad: Estado:
Lea y firme a continuación			
<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. BlueMedicare se comunicará conmigo si necesita más información. • Al firmar, confirmo que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos. (Ver reverso) • BlueMedicare me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante de dicho plan. 			
Firma:		Fecha:	
<p>Si completa este formulario en representación de otra persona, complete la sección que aparece a continuación. Su firma certifica que está autorizado en virtud de la ley estatal para completar este formulario de participación y tener documentación de esta autoridad disponible si Medicare lo solicita.</p>			
Nombre: Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono: ()		Relación con el participante:	

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo a la siguiente dirección:

BlueMedicare
MPPP Election Dept.
13900 N. Harvey Ave
Edmond, OK 73013

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en Activate.RxPayments.com o llamarnos al 1-833-696-2087 para enviar su solicitud por teléfono. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1833-696-2087, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes (*correos de voz monitoreados los fines de semana*), de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana *durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP)*. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Términos y condiciones

- La inscripción en el programa es gratuita y no se cobran cargos ni intereses en virtud de este. El programa no reduce el monto de los costos compartidos que debe por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si califica para el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) y se inscribe para recibirlo, obtendrá más ventajas que con su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Puede retirarse del programa en cualquier momento. Si se retira, igualmente deberá pagar cualquier saldo restante.
- Es importante que pague su factura mensualmente. Su participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare finalizará si no paga el monto mensual facturado antes del final del período de gracia.
- Si se cancela su inscripción de manera voluntaria o involuntaria en nuestro plan de la Parte D, también finalizará su inscripción en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si se inscribe en un plan diferente, puede inscribirse en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en virtud de su nuevo plan.
- No podemos exigirle que responda preguntas ni proporcione documentación que demuestre su capacidad para pagar el saldo de su plan de pago de medicamentos recetados de Medicare como condición para participar en dicho plan. Tampoco podemos obtener una copia de su informe crediticio de una agencia de informes del consumidor.
- Los procedimientos de apelaciones y quejas en virtud de la Parte D se aplicarán al plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y se encuentran en la Evidencia de Cobertura.