CarePlus HEALTH PLANS®

Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar sus gastos de desembolso personal de los medicamentos de la Parte D de Medicare repartiéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir el costo de sus medicamentos.** Es posible que esta opción de pago no sea la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los gastos de sus medicamentos recetados a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia de Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):

Número de Medicare:	Identificación de CarePlus:

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

Dirección de residencia permanente (no introduzca un apartado de correos a menos que esté experimentando una situación de falta de hogar):

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección de residencia permanente (apartado postal permitido):

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Deseo participar en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare para el:

☐ Año del plan actual ☐ Próximo año del plan

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetado de Medicare. CarePlus se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que al firmar este formulario declaro haber leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **CarePlus me informara cuando mi participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados esté activa**. Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, CarePlus renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare al principio de cada año calendario, a menos que yo me ponga en contacto con CarePlus para excluirme.

Firma:	**Fecha:**

Si completa este formulario para otra persona, rellene la sección siguiente. Su firma certifica que está autorizado por las leyes estatales para completar este formulario de participación y que dispone de la documentación que lo acredita si Medicare se la solicita.	
Nombre:	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal):
Número de teléfono: ( )	Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en **CarePlusHealthPlans.com/MPPP** o escanear este código QR para incluirse en el programa.

Si tiene preguntas, necesita ayuda para rellenar este formulario, o para presentar su solicitud por teléfono, llame al Servicios para Afiliados al **800-794-5907 (TTY: 711)**. Puede llamarnos todos los días, 8 a.m. – 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días feriados. Para un servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com.**

Para enviar este formulario por correo, diríjase a:

Medicare Prescription Payment Plan
CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907**（听障专线：**711**）。

繁體中文 Traditional Chinese：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907（聽障專線：711）**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**.

GHHNOA2025CP

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

日本語 Japanese:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

Diné Navajo: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjį' bee adahodooníłígíí diné bich'į' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahólǫ́. Kohjį' hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

Urdu: اردو مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **(TTY: 711) 1-800-794-5907**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.