



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/YYYY) (/ /)		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: <input type="checkbox"/> Año del plan actual <input type="checkbox"/> 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 enviará un aviso para informarme 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 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.



Para presentar su solicitud por teléfono, llame al Servicios para afiliados de CarePlus al **800-794-5907 (TTY: 711)**.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a nuestro Departamento de servicios para afiliados al 800-794-5907. Si usa un TTY, llame al 711. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, 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.
PO Box 14540
Lexington, KY 40512-4540