

Plan de pago para recetas médicas de Medicare Formulario de solicitud de participación

El Plan de pago para recetas médicas de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le hace ahorrar dinero ni reduce 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 con receta a través de programas como la Ayuda adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos salvo que estén marcados como opcionales

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

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

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

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal, salvo que no tenga hogar):

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

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se permite colocar un apartado postal):
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare. Community Health Choice (HMO D-SNP) se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Community Health Choice (HMO D-SNP) me enviará un aviso para informarme cuando esté activa mi participación en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del Plan de pago para recetas médicas de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal a 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 participante: _____

Cómo presentar este formulario

Presente el formulario completo a:

Community Health Choice (HMO D-SNP)
Capital Rx
Attn: M3P Elections
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234
Beaverton, Oregon 97008-7105
M3P-Election@cap-rx.com

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en <http://app.cap-rx.com/?client=communityhealthchoice>, o llamarnos al 1-833-463-0683 para presentar la solicitud por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-833-463-0683, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Términos y condiciones del Plan de pago para recetas médicas de Medicare

Confirma y comprende que debe ser miembro de la Parte D de Medicare para participar en este programa. Reconoce y acepta que su participación en el programa del Plan de pago para recetas médicas de Medicare (MPP) no es obligatoria por ley y es un programa voluntario gestionado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los CMS pueden ajustar los requisitos del programa MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden repercutir en su situación en el programa MPPP, en el funcionamiento del programa MPPP o en otros aspectos. Al participar en el MPPP, acepta el reembolso de todos y cada uno de los gastos de medicamentos con receta correspondientes incurridos durante su participación. Asimismo, reconoce que su información privada, incluida la información de salud protegida, puede transmitirse a terceras entidades para proporcionarle determinados servicios o funciones del programa MPPP. Consulte la Política de privacidad de Capital Rx en <https://www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy> para obtener más información. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, comprende que el contenido, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su legítimo propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.