

## 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 actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Extra de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). 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:     -   -

Número de Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_ Número de RxGroup: \_\_\_\_\_

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

Dirección de residencia permanente (no ingrese un Apartado Postal a menos que se encuentre sin hogar): \_\_\_\_\_

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite 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 de Medicamentos Recetados de Medicare. Sentara Health Plans se pondrá en contacto conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Sentara Health Plans 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 del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal para completar este formulario de participación y que cuenta con la documentación de esta autoridad si Medicare la solicita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

### Cómo enviar este formulario

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en <https://www.express-scripts.com/mppp> o llamarnos al 1.866.845.1803 (TTY: 711) para enviar su solicitud por teléfono.

Envíe su formulario completo a la siguiente dirección:

Express Scripts MPPP  
P.O. Box 801101  
Kansas City, MO 64180-1101

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1.866.845.1803, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.716.3231.

#### TÉRMINOS Y CONDICIONES:

Después de ser aceptado en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare:

- Informaremos a su farmacia que está utilizando esta opción de pago, que se aplicará solo a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare que se procesen después de que se confirme su elección.
- Cuando surta una receta para un medicamento elegible, usted no pagará nada en la farmacia, pero sí deberá pagar el costo compartido del medicamento asociado al beneficio de la Parte D de Medicare según su plan.
- Recibirá una factura mensual por el monto adeudado, la fecha de vencimiento e información sobre cómo realizar el pago.
- Sus pagos pueden cambiar cada mes porque su factura mensual se basa en lo que hubiera pagado por cualquier medicamento que obtenga, más el saldo del mes anterior dividido por la cantidad de meses restantes del año. Sin embargo, nunca pagará más que el monto total que hubiera pagado directo de su bolsillo o el máximo de desembolso anual total de su bolsillo.
- Si omite un pago, recibirá un aviso a modo de recordatorio. Si no paga su factura en la fecha indicada, se lo eliminará de esta opción de pago. Sin embargo, debe pagar el monto adeudado y es posible que no pueda volver a elegir esta opción de pago.
- Puede abandonar esta opción de pago en cualquier momento sin afectar su cobertura de medicamentos de Medicare y otros beneficios de Medicare.
- Puede hacerlo seleccionando Darse de baja a través del sitio web o llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Sin embargo, después de darse de baja, recibirá una factura cada mes por el monto que debe hasta que se pague el saldo.
- Pagará directamente a la farmacia los nuevos costos de bolsillo de los medicamentos después de abandonar esta opción de pago.
- La participación en esta opción de pago lo hará automáticamente elegible para recibir correos electrónicos importantes y relevantes.
- Si por algún motivo se cancela su inscripción en el plan de la Parte D de Medicare o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, su participación en esta opción de pago finalizará. Sin embargo, usted continuará recibiendo una factura mensual por el monto adeudado hasta que el saldo se pague en su totalidad. Si se inscribe en un plan nuevo con cobertura de medicamentos, es posible que pueda volver a inscribirse en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare comunicándose con el plan nuevo.
- Si bien esta opción de pago ayuda a administrar sus costos, no los reduce. Si tiene ingresos o recursos limitados, puede obtener más información sobre los programas que ayudan a reducir los costos de los medicamentos visitando Medicare.gov.
- Si tiene alguna inquietud, tiene derecho a seguir el proceso de quejas formales que se encuentra en la Guía para Miembros o la Evidencia de Cobertura.
- Express Scripts administra este programa en representación de su plan de la Parte D de Medicare. Si su dirección es diferente de la que figura en el formulario, deberá hablar con su plan para actualizarla.
- Si sospecha que su cuenta o contraseña está en riesgo, notifique a Express Scripts.
- Express Scripts trabaja con un proveedor externo para ofrecer el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, que incluye proporcionar un sitio web para ver su cuenta, programar y realizar pagos, y revisar el historial de pagos.
- Entiendo que mi plan, Express Scripts, y otros terceros pueden contactarme en su nombre por teléfono o mensaje de texto a los números que brindo con mi cobertura. Sé que estas llamadas o mensajes de texto pueden provenir de un sistema automatizado. Entiendo que puedo pedir no recibir llamadas ni mensajes sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare comunicándome con Express Scripts o mi plan de salud en cualquier momento.