

CenCal CareConnect

Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por su plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra 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 Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Debe rellenar todos los campos, salvo los que están marcados como opcionales

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):	
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____)		Número de teléfono: ()	
Dirección de residencia permanente (no introduzca un apartado postal, a menos que te encuentres en situación de calle):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (puede introducir apartado postal):			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Quiero participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare:			
☐ En el corriente año del plan ☐ En el próximo año del plan			

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. CenCal CareConnect se pondrá en contacto conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que al firmar este formulario confirmo que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- CenCal CareConnect me informará cuando esté activa mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, CenCal CareConnect renovará automáticamente mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare al inicio de cada año calendario, a menos que yo me comunique con CenCal CareConnect para darme de baja.

Firma:

Fecha:

Si está relleno este formulario en nombre de otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal para completar este formulario de participación y que dispone de la documentación que acredita dicha autorización en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Número de teléfono: ()

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe el formulario completado

CenCal CareConnect

4050 Calle Real

Santa Barbara, CA 93110

También puede relleno en línea el formulario de solicitud de participación en www.cencalhealth.com/careconnect, o bien llamarnos al [833-726-0676](tel:833-726-0676) para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al [833-726-0676](tel:833-726-0676), 7 day a week, 8 a.m to 8 p.m PT. Los usuarios de TTY pueden llamar al CA Relay at [711](tel:711).

Identificación de miembro: 123456789

Detalles de los beneficios de farmacia:

Group: CEN10 BIN: 015574 PCN: ASPROD1

MPPP BIN: 027133 MPPP PCN: MPPPPROD1

Esta comunicación puede contener información que es privilegiada, confidencial y está exenta de divulgación según la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a, HIPAA. Si ha recibido esta comunicación por error, se le notifica que cualquier uso o distribución de esta comunicación está prohibido. Por favor, contacte inmediatamente al remitente original llamando al número de contacto indicado, devuelva todos los documentos originales y destruya cualquier copia.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare Términos y condiciones del formulario de solicitud de inscripción

1. Entiendo que pagaré \$0 en la farmacia y que mi plan me enviará una factura mensual por los medicamentos cubiertos. Entiendo que el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (el Programa) solo es aplicable a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.
2. Entiendo que, como participante de esta opción de pago voluntaria, recibiré una factura mensual por el monto que adeudo por las recetas surtidas. Entiendo que el pago deberá realizarse antes de la fecha indicada en la factura mensual.
3. Entiendo que mis pagos mensuales pueden cambiar cada mes porque los nuevos gastos de medicamentos que pago de mi bolsillo se agregan al pago mensual cuando surto una receta nueva o renuevo una existente.
4. Entiendo que, al unirme al Programa, acepto pagar mis medicamentos hasta el máximo anual de gastos de bolsillo de la Parte D de Medicare, por los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Entiendo que mi factura mensual se calcula en función de lo que habría pagado por todas las recetas que recibí, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.
5. Entiendo que me sacarán del Programa (dado de baja de forma involuntaria) si no se recibe el pago de los montos adeudados antes de que finalice el periodo de gracia. Cuando finalice mi participación, seré responsable de pagar directamente a la farmacia todos los nuevos gastos de bolsillo de medicamentos. Entiendo que puedo enviar una consulta o una queja a mi plan.
6. Entiendo que puedo abandonar el Programa en cualquier momento (dado de baja de forma voluntaria). Si aún tengo un saldo pendiente, se me exige pagar la cantidad que adeudo, aunque ya no participe en esta opción de pago.
7. Entiendo que abandonar el Programa, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, no afectará mi cobertura de la Parte D de Medicare dentro de mi plan de la Parte D.
8. Entiendo que, independientemente de cómo finalice mi participación, seguiré recibiendo facturas mensuales por las recetas surtidas durante mi participación en la opción de pago hasta que se pague todo el monto adeudado. Entiendo que puedo pagar el saldo de una sola vez o se me puede facturar mensualmente.
9. Si tiene ingresos y recursos limitados o su situación financiera cambió desde que eligió esta opción de pago, es posible que sea elegible para participar en un programa que puede ayudarle a reducir sus costos. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener ahorros y no lo saben. Visite [Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.medicare.gov/basics/costs/help) o comuníquese con su oficina local del Seguro Social para obtener más información. Encuentre su oficina local del Seguro Social en ssa.gov/locator/.