

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 trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por su plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

Esta opción de pago **podría** no ser lo mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Llene todos los campos, a menos que se indique como opcional

Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre (opcional)
---------------	----------	---------------------------------------

Número de Medicare

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono

Dirección de residencia permanente (no se admiten apartados de correo, a menos que esté en situación de indigencia)

Condado (opcional)

Núm. de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal, si difiere de la residencia permanente (puede incluir el apartado de correos)

Núm. de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Selección del plan para el año

Quiero participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare para:

☐ El año actual del plan ☐ El próximo año del plan

Nota importante: Si selecciona "el año actual del plan", su participación comenzará de inmediato y se renovará automáticamente para el próximo año del plan si permanece en el mismo plan de salud o de medicamentos.

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. SimplicityRx se comunicará conmigo en caso de que necesiten obtener más información.
- Entiendo que al firmar este formulario confirmo que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **SimplicityRx me avisará cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa.** Hasta ese momento, entiendo que no soy participante del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, SimplicityRx renovará automáticamente mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con SimplicityRx para cancelar mi inscripción.

Firma

Fecha

Si va a completar este formulario en nombre de otra persona, llene la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal para completar este formulario de participación y que tiene la documentación que respalda esta autoridad disponible en caso de que Medicare la solicite.

Primer nombre

Apellido

Inicial del segundo nombre

Dirección

Núm. de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Núm. de teléfono

Relación con el participante

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completado a:

SimplicityRx
Mailstop: 1004
MPPP Election Dept.
13900 N. Harvey Ave
Edmond, OK 73013

Fax: 440-557-6525

Correo electrónico: ElectMPPP@RxPayments.com

También puede llenar el formulario de solicitud de participación en línea ingresando en Activate.RxPayments.com. O bien, llámenos al 1-833-246-6565 para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-833-246-6565 del 1.º de octubre hasta el 7 de diciembre de 8 a.m. a 1 a.m. hora del Este, los siete días de la semana; del 8 de diciembre hasta el 31 de marzo de 8 a.m. a 11 p.m. hora del Este, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 11 p.m. hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

0099_2026

Términos y condiciones para la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Los términos y condiciones que se enumeran a continuación describen sus derechos y responsabilidades y las normas que rigen la participación en el programa del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Al aceptar estos términos y condiciones, ya sea en línea, por teléfono o firmando y devolviendo el formulario de elección, usted confirma que entiende y acepta las cláusulas del programa.

1. Sin cargos ni intereses

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare no cobra cargos ni intereses, y no se requiere una verificación de crédito para inscribirse en el programa.

2. Notificación a la farmacia

Una vez que lo hayan aceptado en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, le informaremos a su farmacia que utilizará esta opción de pago.

3. Aplicabilidad

Esta opción de pago solo se aplica a los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D procesados después de que se confirme su elección.

4. Costos compartidos

Cuando surta una receta para un medicamento elegible de la Parte D, usted no pagará nada en la farmacia. No obstante, seguirá siendo responsable del costo compartido del medicamento asociado a su beneficio de Medicare Parte D de su plan, que puede pagarse a través de una factura mensual.

5. Facturas mensuales

Todos los meses recibirá una factura con el monto de gastos de bolsillo adeudado, la fecha de pago e información sobre cómo efectuar el pago. Debe realizar pagos mensuales mientras mantenga un saldo; sin embargo, puede pagar el saldo completo en cualquier momento.

6. Cálculo de pagos mensuales

La fórmula para calcular el pago mensual mínimo (conocido como “límite mensual máximo”) es diferente para el primer mes de participación si lo comparamos con los meses restantes del año. Para calcular el límite mensual máximo se tienen en cuenta los costos de medicamentos de la Parte D del participante (costos anteriores y nuevos gastos de bolsillo), así como la cantidad de meses restantes del año del plan y el monto pendiente de pago. Por ende, el monto puede variar de una persona a otra y de un mes a otro, y se espera que el saldo total quede completamente saldado al 1.º de febrero del siguiente año calendario.

7. Pagos atrasados

Recibirá un *Aviso de falta de pago* si no efectúa un pago. Si no paga la suma pendiente de pago antes de la fecha indicada en el aviso de recordatorio, se le dará de baja del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Sin embargo, se le seguirá exigiendo que pague el monto que adeuda y es posible que no pueda volver a inscribirse en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

8. Exclusión voluntaria

Puede abandonar el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento seleccionando la opción de “cancelar inscripción” a través del sitio web o llamando al número de teléfono que se le proporcionó en la carta de *Aviso de aprobación de elección*, que su plan le enviará después de la elección exitosa para el programa. Después de cancelar su inscripción, seguirá recibiendo cada mes una factura por el monto que adeude hasta que pague la totalidad de su saldo.

9. Comunicaciones y notificaciones digitales

Si proporciona una dirección de correo electrónico, la participación en este programa le permitirá recibir automáticamente correos electrónicos importantes con información relacionada con el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

10. Cancelación de la inscripción e inscripción en un nuevo plan

Si se da de baja de su plan por cualquier motivo y/o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, finalizará su participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare a través de su plan actual. Sin embargo, seguirá recibiendo una factura cada mes por las sumas pendientes de pago hasta que haya pagado la totalidad de su saldo. Usted sigue siendo responsable del monto adeudado conforme a este Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, es posible que pueda reincorporarse al Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare si se pone en contacto con su nuevo plan.

11. Actualizaciones de dirección

Toda información de contacto o preferencia de comunicación que indique durante la selección o directamente a través del portal en línea del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare solo se utilizará para su Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, y no se comunicará a su plan de Medicare Parte D. Si también necesita realizar una actualización de dirección para su cobertura de la Parte D, deberá proporcionarla directamente a su plan.

12. Comunicaciones

Al proporcionar su información de contacto, da su consentimiento para que nos pongamos en contacto con usted por cualquier medio que nos haya indicado para que le brindemos información importante sobre su cuenta del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Este consentimiento nos permite utilizar la mensajería de texto para llamadas informativas y de servicio a cuentas, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Esto también puede incluir el contacto de empresas que operan en nuestro nombre para atender su cuenta.

13. Renovación automática de la participación

Su participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare se renovará automáticamente para el siguiente año calendario, a menos que se inscriba en un nuevo plan de Medicare Parte D o haya optado por no participar en el programa antes del comienzo del año calendario.