

Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago voluntaria que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar los costos de bolsillo de sus medicamentos de la Parte D de Medicare, 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 con receta a través de programas como Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

Comuníquese con SimplicityRx para más información.

Complete el formulario en papel a continuación o el formulario de solicitud de participación en línea en [Activate.RxPayments.com](https://www.Activate.RxPayments.com)

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

Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
---------------	----------	----------------------------

Número de Medicare

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	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
---------------------	--------	--------	---------------

Lea y firme a continuación:

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. SimplicityRx se comunicará conmigo en caso de que necesiten obtener más información. SimplicityRx administra el plan de pago en nombre del plan médico.
- Entiendo que al firmar este formulario confirmo que he leído y comprendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **SimplicityRx me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare esté activa.** Hasta ese momento, entiendo que no soy participante en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.

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
Número de teléfono		Vínculo con el participante			

Cómo presentar 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 completar el formulario de solicitud de participación en línea ingresando en Activate.RxPayments.com. O bien, puede llamar al 833-696-2087 (TTY – 711) para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 833-696-2087, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes (del 15 de octubre al 7 de diciembre, de 8 a.m. a 11 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Términos y condiciones para la participación en el Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (M3P)

1. Sin cargos ni intereses

El Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (M3P) no cobra comisiones 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 Programa de Pago de Medicamentos con Receta 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 surte una receta para un medicamento elegible, 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 adeudado, la fecha de vencimiento 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 “tope mensual máximo”) es diferente para el primer mes de participación si lo comparamos con los restantes meses del año. Para calcular el tope mensual máximo se tienen en cuenta los costos de medicamentos de la Parte D del participante (costos anteriores y nuevos costos 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 31 de enero del siguiente año calendario.

7. Pagos atrasados

Recibirá un recordatorio si no efectúa un pago. Si no paga su factura antes de la fecha indicada en el recordatorio, se le dará de baja del Programa de Pago de Medicamentos con Receta 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 Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.

8. Exclusión voluntaria

Puede dejar el Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare en cualquier momento seleccionando la opción de exclusión voluntaria en la página web o llamando al número de teléfono que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro. Después de darse de baja, seguirá recibiendo cada mes una factura por el monto que adeude hasta que pague la totalidad de su saldo.

9. Comunicaciones y notificaciones

Si proporciona una dirección de correo electrónico, la participación en este programa le permitirá recibir automáticamente correos electrónicos importantes con información relacionada con el Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.

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

Si se da de baja de su plan por cualquier motivo o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, finalizará su participación en el Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. 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 Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, es posible que pueda reincorporarse al Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare poniéndose en contacto con su nuevo plan.

11. Actualizaciones de dirección

SimplicityRx administra este programa en nombre de su plan de Medicare Parte D. Toda información de contacto o preferencia de comunicación que indique durante la selección o directamente a través de su Portal de pago de M3P solo se utilizará para su Programa del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, y no se comunicarán a su plan de Medicare Parte D.

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 Programa de Pago de Medicamentos con Receta 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.

HealthSun Health Plans es un plan HMO de Medicare Advantage ofrecido por la Agencia para la Administración de Atención Médica del Estado de Florida. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio. ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 711).