



Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas (Prescription Payment Plan) de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar los costos que paga de sus gastos de bolsillo de los medicamentos de la Parte D de Medicare, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de los medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta por medio de programas como la Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales.

Primer NOMBRE:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
----------------	-----------	-----------------------------

Número de Medicare:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Teléfono:
--------------------------------------	-----------

Dirección de residencia permanente (no escriba un P.O. Box a menos que esté sin hogar):	Condado (opcional):
---	---------------------

N.º de Apto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--------------	---------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite P.O. Box)			
--	--	--	--

N.º de Apto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--------------	---------	---------	----------------

Lea y firme abajo:

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. El Paso Health Medicare Advantage Dual se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario
- El Paso Health Medicare Advantage Dual me enviará un aviso para informarme cuando esté activa mi participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare.** Hasta entonces, entiendo que no participo del Plan de Pago de Recetas de Medicare.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección abajo. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal para completar este formulario de participación y que tiene documentación de esta autoridad disponible si Medicare se la pide.

Primer NOMBRE:	Apellido:	I inicial del segundo nombre:	
Dirección:			
N.º de Apto:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Relación con el participante:	

Cómo enviar este formulario:

Envíe su formulario completo a:

El Paso Health Medicare Advantage Dual
Mailstop: 1002
MPPP Election Dept.
13900 N. Harvey Ave
Edmond, OK 73013

Fax: 440-557-6525
Email: ElectMPPP@RxPayments.com

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en Activate.RxPayments.com, o llamarnos al (833) 742-3125 para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al (833) 742-3125, 8am-11pm EST lunes a viernes (Oct 15-Dec 7 — 8am-1am EST 7 días a la semana). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Términos y condiciones de participación en el Programa de Pago de Recetas de Medicare (M3P)

1. Sin cargos ni intereses

El Programa de Pago de Recetas de Medicare (Medicare Prescription Payment Program, M3P) no cobra cargos ni intereses, y no se necesita una verificación de crédito para inscribirse en el programa.

2. Aviso a la farmacia

Una vez aceptado en el Programa de Pago de Recetas de Medicare, informaremos a su farmacia de que está usando esta opción de pago.

3. Aplicabilidad

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

4. Costo compartido

Cuando surta una receta de un medicamento elegible, pagará cero dólares en la farmacia. Sin embargo, seguirá siendo responsable de su costo compartido del medicamento asociado a su beneficio de la Parte D de Medicare según su plan que puede pagarse por medio de una factura mensual.

5. Facturas mensuales

Cada mes, recibirá una factura con la información de la cantidad que debe, la fecha de pago y la información sobre cómo hacer el pago. Se exigen pagos mensuales mientras tenga un saldo pendiente, pero puede pagar el saldo completo en cualquier momento.

6. Cálculo de los pagos mensuales

La fórmula para calcular el pago mensual mínimo (llamado “límite máximo mensual”) es diferente para el primer mes de participación comparado con los meses restantes del año. Los cálculos del límite máximo mensual incluyen datos específicos de los costos de los medicamentos de la Parte D de un participante (costos que se generaron previamente y nuevos gastos de bolsillo), y el número de meses restantes en el año del plan y la cantidad pendiente. Por lo tanto, la cantidad puede variar de una persona a otra y de un mes a otro, con la expectativa de que el saldo total quede totalmente pagado el 31 de enero del siguiente año calendario.

7. Pagos atrasados

Si no hace un pago, recibirá un aviso recordatorio. Si no paga su factura antes de la fecha que se menciona en el aviso recordatorio, se le darán 60 días antes de que se cancele su inscripción

en el Programa de pago de recetas médicas de Medicare. Sin embargo, todavía deberá pagar la cantidad que debe y es posible que no pueda volver a inscribirse en el Programa de Pago de Recetas de Medicare.

8. Exclusión voluntaria

Puede dejar el Programa de Pago de Recetas de Medicare en cualquier momento seleccionando la opción de “opt-out” (exclusión voluntaria) por medio del sitio web o llamando al teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro. Después de darse de baja, seguirá recibiendo cada mes una factura por la cantidad que debe hasta que pague la totalidad de su saldo.

9. Comunicaciones y avisos

Si da 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 Recetas de Medicare.

10. Cancelación de la inscripción y nueva inscripción en el plan

Si cancela su inscripción del plan por cualquier motivo o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, finalizará su participación en el Programa de Pago de Recetas de Medicare. No obstante, seguirá recibiendo una factura cada mes por las cantidades pendientes hasta que su saldo se haya pagado en su totalidad. Usted sigue siendo responsable de la cantidad a pagar según este Programa de Pago de Recetas de Medicare. Si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, es posible que pueda reincorporarse al Programa de Pago de Recetas de Medicare comunicándose a su nuevo plan.

11. Actualizaciones de dirección

SimplicityRx administra este programa en nombre de su plan de la Parte D de Medicare. Cualquier información de contacto o preferencias de comunicación que proporcione durante la elección o directamente por medio de su portal de pago de M3P solo se usará para su Programa de Pago de Recetas de Medicare y no se comunicará a su plan de la Parte D de Medicare.

12. Comunicaciones

Cuando nos proporciona su información de contacto, usted da su consentimiento para que nos comuniquemos con usted por cualquier medio que nos haya proporcionado en relación con información importante sobre su cuenta del Programa de Pago de Recetas de Medicare. Este consentimiento nos permite usar los mensajes de texto para llamadas informativas y de servicio a cuentas, pero no para llamadas de telemarketing o de ventas. Esto también puede incluir el contacto de empresas que trabajan en nuestro nombre para dar servicio a su cuenta.