

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 voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos y le permite gestionar los costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos 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 reducir los costos de sus medicamentos.

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como la Ayuda Adicional 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: ____ - ____ - ____

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

Número de teléfono:
()

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal a menos que se encuentre en situación de calle):

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se acepta apartado postal):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Quiero participar en el Plan de pagos para recetas médicas de Medicare para el:

☐ Año del plan actual ☐ El plan para el próximo año

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. Baylor Scott & White Health Plan se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Baylor Scott & White Health Plan **me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, Baylor Scott & White Health Plan 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 Baylor Scott & White Health Plan para darme de baja

Firma:

Fecha:

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección que figura a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal a completar este formulario de participación y que cuenta con documentación de dicha autorización si Medicare lo solicita.

Nombre:

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

Número de teléfono: ()

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completado a la siguiente dirección:

Capital Rx

Attn: M3P Elections

9450 SW Gemini Dr.

Suite 87234

Beaverton, OR 97008-7105

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en

[Enrollment.Cap-Rx.com/BSW_Medicare](https://enrollment.cap-rx.com/BSW_Medicare) o llamarnos al 833.502.3340 para hacer su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 833.502.3340, los siete días de la semana, durante las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Términos y condiciones:

Usted da fe y comprende que debe ser miembro de la Parte D de Medicare para participar en este programa.

Usted reconoce y acepta que la ley no exige su participación en el programa del plan de medicamentos con receta de Medicare (MPPP) y que este es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los CMS pueden ajustar los requisitos del programa del MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden afectar su posición en el programa del MPPP, el funcionamiento del programa del MPPP u otros aspectos del programa. Cuando participa en el MPPP, acepta el reembolso de todos y cada uno de los costos de prescripción aplicables en los que haya incurrido durante su participación en el programa del MPPP. Además, acepta que su información privada, incluida la información de salud protegida, puede comunicarse a entidades de terceros para ofrecerle a usted ciertos servicios o funciones del programa del MPPP. Para obtener más información, consulte la Política de privacidad de Capital Rx en www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, usted entiende que el contenido, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su respetuoso propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.

Baylor Scott & White Health Plan ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage HMO-POS como una organización Medicare Advantage (MA) a través de un contrato con Medicare. Baylor Scott & White Insurance Company ofrece los planes BSW SeniorCare Advantage PPO como una organización MA a través de un contrato con Medicare. La inscripción en uno de estos planes depende de la renovación del contrato del plan de salud con Medicare.