Clover Health

Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos 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 ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

Esta opción de pago **podría** no ser la más adecuada 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.

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 residencia permanente (no ingrese un apartado postal, a menos que actualmente no tenga un hogar):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (puede ingresar un apartado postal): Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:			
Quiero participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare para el: ☐ Año del plan actual ☐ 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. Un representante del plan Clover Health Plan se comunicará conmigo en caso de que sea necesaria más información.
- Entiendo que, al firmar este formulario, indico que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **El plan Clover Health Plan me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa.** 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, Clover 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 Clover Health Plan para optar por no participar.

Firma:	Fecha:

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado en virtud de la ley estatal para completar este formulario de participación y que cuenta con documentación que respalde esta autoridad en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):
Número de teléfono: (_____) _____ - _____	Relación con el participante:

Cómo enviar su formulario

Envíe su formulario completo a la siguiente dirección:

Optum Rx
Attn: M3P Election Processes
PO BOX 650287
Dallas, TX 75265-0287

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en **m3p-form.benefitrx.com**, o puede llamarnos al **1-844-368-8729** para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al **1-844-368-8729**, 5:00 a.m. CST-10:00 p.m. CST, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Términos y condiciones

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago en la Ley de Reducción de la Inflación. Funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Su cobertura de medicamentos ofrece esta opción de pago, y la participación es voluntaria. No hay ningún costo adicional al unirse.

Al unirse al Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, acepta estos términos y condiciones:

- Debe tener cobertura activa de la Parte D.
- Puede abandonar el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare en cualquier momento, pero seguirá siendo responsable de cualquier costo incurrido en la compra de medicamentos.
- Se le facturará mensualmente. Este pago es independiente de cualquier prima del plan (si corresponde).
- Los pagos pueden cambiar cada mes si sus recetas cambian.
- Debe pagar su factura cada mes, en la fecha de vencimiento o antes.
- Si omite un pago, recibirá un recordatorio. Si no paga su factura antes de la fecha de vencimiento indicada en dicho recordatorio, es posible que se lo elimine del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Acepta recibir llamadas telefónicas, incluidas las llamadas pregrabadas y automáticas, al número de teléfono que le brindó a su plan de salud. Las llamadas pueden contener información personal de salud. Usted puede optar por no recibir llamadas telefónicas en ningún momento.
- La eliminación del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare no modificará sus requisitos de pago. Si se lo elimina, debe pagar igualmente las cantidades adeudadas y puede continuar recibiendo facturas para pagos pendientes.
- Los pagos atrasados realizados de conformidad con el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare no están sujetos a intereses ni cargos adicionales.
- Si se lo elimina del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, su cobertura de medicamentos actual no se verá afectada.
- La eliminación del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare puede afectar su elegibilidad para inscribirse en el programa en el futuro.

Clover Health es una organización PPO y HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.