PRESBYTERIAN
Health Plan, Inc.

Presbyterian Senior Care (HMO) / (HMO-POS)
Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare Formulario de solicitud de participación

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los gastos de sus medicamentos recetados por medio de programas como 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.

Rellene todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

Nombre:	Apellido:	Inicial del medio (opcional):

Número de Medicare:	Número de asegurado de Presbyterian:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono:

Dirección del domicilio permanente (no apunte un apartado de correos a menos que se encuentre en situación sin vivienda):

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

Dirección postal, si es distinta de su dirección permanente (se admite apartado de correos):

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.
  se pondrán en contacto conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que lo he leído y comprendido.
- **me enviarán un aviso para informarme cuando esté activa mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.**
  Hasta entonces, entiendo que no soy participante del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de seguro médico o de medicamentos, 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 para darme de baja.

Firma:	**Date:**

Si está rellenando este formulario para otra persona, rellene la sección de abajo. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal para rellenar este formulario de participación y que dispone de la documentación que le autoriza si Medicare se la solicita.	
Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):
Número de teléfono:	Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Además, puede rellenar el formulario de solicitud de participación en línea en **phs.org/myrx**, o llamarnos al **1-866-528-5829** para presentar su solicitud por teléfono.

Envíe el formulario rellenado a:

Capital Rx
Attn: Medicare Prescription Payment Plan Elections
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234
Beaverton, Oregon 97008-7105

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar este formulario, llámenos al **1-866-528-5829**, 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Términos y condiciones

Usted certifica y entiende que tiene que ser asegurado de la Parte D de Medicare para participar en este programa. Usted reconoce y acepta que su participación en el programa del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare [Medicare Prescription Drug Plan, MPPP] no es obligatoria por ley y es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]. Los CMS pueden ajustar los requisitos del programa del MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden afectar su situación en el programa del MPPP, el funcionamiento del programa del MPPP u otros aspectos del programa. Al participar en el MPPP, acepta el reembolso de todos y cada uno de los gastos de medicamentos recetados aplicables que haya contraído durante su participación en el programa del MPPP. Además, reconoce que su información privada, incluso información médica protegida, puede ser comunicada a entidades terceras para proveerle ciertos servicios o funciones del programa del MPPP. Consulte la política de privacidad de Capital Rx en **www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy** para obtener más información. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, entiende que el contenido, logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su dueño respectivo y están protegidos por las leyes de derechos de autor.

A mi leal saber y entender, la información que se presenta en este formulario de solicitud es correcta. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

La falta de pago de las primas o de las multas por inscripción tardía de la Parte D a Presbyterian Health Plan puede resultar en la desafiliación involuntaria. Para ayudar a evitarlo, podemos reasignar los pagos realizados a su plan de pago de medicamentos recetados para cubrir las cantidades pendientes y evitar o retrasar la desafiliación. Si tiene preguntas o necesita ayuda, favor de llamarnos al **(505) 923-6060**, o al número gratuito **1-800-797-5343**.

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2028.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.

Para más información, visite **https://www.phs.org/nondiscrimination**.