



Advantage 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 voluntaria que complementa su cobertura actual de medicamentos y le permite manejar mejor sus gastos de bolsillo de la Parte D de Medicare. Este plan distribuye dichos gastos durante el año calendario, de enero a diciembre. **Aunque esta modalidad de pago puede ayudarlo a organizar sus gastos, no reduce el costo de sus medicamentos ni genera ahorros adicionales.**

Esta opción podría no ser conveniente para usted si recibe ayuda para cubrir sus medicamentos recetados mediante programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Para obtener más información, comuníquese con su plan.

Complete todos los campos, excepto aquellos que estén marcados como opcionales.

NOMBRE: APELLIDO:

Inicial del SEGUNDO NOMBRE (opcional):

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Número de miembro del plan de salud: _____

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

Número de teléfono:
(____) _____

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal [P.O. Box], salvo que no cuente con vivienda):

Ciudad:

Condado (opcional):

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es distinta de su dirección permanente (se permite el uso de un apartado postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario constituye una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) se comunicará conmigo si necesita información adicional.
- Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo que he leído y comprendo tanto el formulario como los términos y condiciones adjuntos.
- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP **me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare inicie.** Hasta entonces, entiendo que no formo parte del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

Firma:

Fecha:

Si completa este formulario en nombre de otra persona, llene la siguiente sección. Su firma certifica que la ley estatal lo autoriza a completar este formulario de participación y que cuenta con la documentación que respalda dicha autorización, disponible en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:

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

Número de teléfono:
()

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe el formulario completo a:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP
Attention: M3P Enrollment
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231

Fax: 1-209-762-4704

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en www.hpsj-mvhp.org o llamarnos al 1-888-361-7526 para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-888-361-7526. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP es un plan HMO que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP depende de la renovación del contrato.

Términos y condiciones

1. Entiendo que pagaré \$0 en la farmacia y que mi plan me enviará una factura mensual por los medicamentos cubiertos. Entiendo que el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (el Programa) aplica únicamente a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.
2. Entiendo que, como participante de esta opción de pago voluntaria, recibiré una factura mensual con el monto que debo por las recetas surtidas. Debo realizar el pago antes de la fecha indicada en la factura mensual.
3. Entiendo que mis pagos mensuales pueden variar todos los meses, ya que los nuevos costos de medicamentos de mi bolsillo se agregan al pago mensual cuando surto una receta nueva o cuando hago un resurtido.
4. Entiendo que, al inscribirme en el Programa, acepto pagar mis medicamentos hasta alcanzar el límite máximo de gastos de bolsillo anual de la Parte D de Medicare, únicamente por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Entiendo que mi factura mensual se calcula en función de lo que hubiera pagado por las recetas recibidas, más el saldo del mes anterior, dividido por los meses restantes del año.
5. Entiendo que me darán de baja del Programa (finalización involuntaria) si no se recibe el pago de los montos vencidos al final del período de gracia. Cuando mi participación finalice, seré responsable de pagarle directamente a la farmacia todos los nuevos costos de medicamentos de mi bolsillo. Entiendo que puedo presentar una consulta o una queja formal a mi plan.
6. Entiendo que puedo darme de baja del Programa en cualquier momento (finalización voluntaria). Si aún tengo un saldo pendiente, debo pagar la cantidad adeudada, aunque ya no participe en esta opción de pago.
7. Entiendo que darme de baja del Programa, de manera voluntaria o involuntaria, no afectará mi cobertura de la Parte D de Medicare con mi plan de la Parte D.
8. Entiendo que, sin importar cómo finalice mi participación, continuaré recibiendo facturas mensuales por las recetas surtidas durante mi participación en la opción de pago, hasta cubrir el total de la cantidad adeudada. Entiendo que puedo liquidar el saldo en un solo pago o recibir facturación mensual.
9. Si tiene ingresos y recursos limitados o si su situación financiera cambió desde que eligió esta opción de pago, podría calificar para un programa que lo ayude a reducir sus costos. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir ahorros y no lo saben. Para obtener más información, visite [Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.medicare.gov/basics/costs/help) o comuníquese con su oficina local del Seguro Social. Puede ubicar su oficina local del Seguro Social en [ssa.gov/locator/](https://www.ssa.gov/locator/).