

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 brindarle ayuda en la administración de los gastos de bolsillo de los medicamentos de la Medicare Part D al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).

Esta opción de pago podría brindarle ayuda en la administración de sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.

Esta opción de pago podría no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare o un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos, excepto por los marcados como "opcionales".

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del SEGUNDO NOMBRE (opcional):	
Número de Medicare:			
Número de ID de miembro:	Número de RxGroup:		
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) (/ /)	Número de teléfono: ()		
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal o [P. O.] a que menos que esté en situación de calle):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si no es la misma que la del domicilio permanente (se permite el apartado postal [P. O.] Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:			

Lea y firme más abajo

- Entiendo que este formulario implica una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Wellcare se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que, con la firma de este formulario, confirmo que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones incluidos.
- **Wellcare me enviará un aviso para informarme cuándo estará 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

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

Si está presentando este formulario en nombre de otra persona, complete la sección siguiente. Su firma certifica que tiene autorización por la ley estatal para completar este formulario de participación y que dispone de la documentación que acredita esa autorización, en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal):
Número de teléfono: ()	Relación con el/la participante:

Cómo enviar este formulario

También puede completar el formulario de solicitud en línea en <https://www.express-scripts.com/mppp> o llamarnos al 1-833-750-9969 para enviar su solicitud por teléfono.

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

Express Scripts MPPP
P.O. Box 801101
Kansas City, MO 64180-1101

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-833-750-9969, con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.716.3231.

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

Con la aceptación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare:

- Informaremos a su farmacia de que está utilizando esta opción de pago, que solo se aplicará a los medicamentos cubiertos por Medicare Part D que se procesen después de que se confirme su elección.
- Cuando surta una receta para un medicamento elegible, no pagará nada en la farmacia, pero seguirá siendo responsable de su costo compartido del medicamento asociado con su beneficio de Medicare Part D según su plan.
- Recibirá una factura mensual con el monto que debe pagar, la fecha de vencimiento y la información necesaria para realizar el pago.
- Sus pagos podrían variar cada mes porque su factura mensual se basa en lo que habría pagado por cualquier medicamento con receta que haya obtenido, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año. Sin embargo, nunca pagará más que el monto total que habría pagado de su bolsillo o el monto máximo anual de gastos de bolsillo.
- Si no realiza un pago, recibirá un aviso de recordatorio. Si no paga su factura en la fecha indicada, esta opción de pago ya no estará disponible para usted. Sin embargo, usted tiene la obligación de pagar el monto que adeuda y podría no poder volver a usar esta opción de pago.
- Puede dejar de usar esta opción de pago en cualquier momento sin que eso afecte a su cobertura de medicamentos de Medicare ni otros beneficios de Medicare.
- Puede hacerlo seleccionando la opción para dejar de participar en el sitio web o llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID de miembro. Sin embargo, cuando deje de participar, recibirá una factura cada mes por el monto que adeuda hasta que haya pagado el saldo.
- Usted pagará directamente a la farmacia los nuevos gastos de bolsillo de los medicamentos después de dejar de usar esta opción de pago.
- La participación en esta opción de pago hace que sea elegible de forma automática para recibir importantes correos electrónicos relevantes.
- Su participación en esta opción de pago finalizará si, por cualquier motivo, se produce la cancelación de la membresía en su plan de Medicare Part D o si ocurre la inscripción en un nuevo plan con cobertura de medicamentos. Sin embargo, continuará recibiendo una factura mensual por el monto adeudado hasta que haya pagado el saldo completo. Si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, podría volver a inscribirse en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare comunicándose con su nuevo plan.
- Aunque esta opción de pago ayuda en la administración de sus gastos, no los reduce. Si tiene ingresos o recursos limitados, puede obtener más información sobre los programas que ayudan a reducir los gastos en los medicamentos visitando [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- Si tiene alguna inquietud, tiene derecho a seguir el proceso de queja formal que se encuentra en su Manual del miembro o en la Evidencia de cobertura.
- Express Scripts administra este programa en nombre de su plan de Medicare Part D. Si su dirección es diferente a la que aparece en el formulario, deberá ponerse en contacto con su plan para actualizarla.
- Si sospecha que su cuenta o contraseña han sido comprometidas, avísele a Express Scripts.
- Express Scripts colabora con un proveedor externo para ofrecer el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, lo que incluye proporcionar un sitio web para consultar su cuenta, programar y realizar pagos, y revisar el historial de pagos.
- Entiendo que mi plan, Express Scripts y otros terceros en su nombre podrían ponerse en contacto conmigo, por teléfono o mensaje de texto, a los números de teléfono que proporcione junto con mi cobertura. Reconozco que estas llamadas o mensajes de texto podrían realizarse mediante un sistema automatizado. Entiendo que puedo elegir dejar de recibir llamadas o mensajes de texto relacionados con el Plan de Pago de Medicamentos Recetados

de Medicare poniéndome en contacto con Express Scripts o con mi plan de salud en cualquier momento.

H1032: This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-855-445-3578 (TTY: 711). From October 1 – March 31, hours are 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 – September 30, hours are Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Spanish: Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-855-445-3578 (TTY: 711). Desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre, el horario es de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Creole: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte nimewo Sèvis pou Manm nou yo nan 1-855-445-3578 (TTY: 711). Apati 1 Oktòb – 31 Mas, lè fonksyònman yo se 8 a.m. rive 8 p.m. Apati 1 Avril – 30 Septanm, lè fonksyònman yo se Lendi rive Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m.>

H1032-250: This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-833-502-9414 (TTY: 711). From October 1 – March 31, hours are 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 – September 30, hours are Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Spanish: Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-833-502-9414 (TTY: 711). Desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre, el horario es de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Creole: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte nimewo Sèvis pou Manm nou yo nan 1-833-502-9414 (TTY: 711). Apati 1 Oktòb – 31 Mas, lè fonksyònman yo se 8 a.m. rive 8 p.m. Apati 1 Avril – 30 Septanm, lè fonksyònman yo se Lendi rive Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m.

H0029 Washington residents: “Wellcare” es ofrecido por Coordinated Care of Washington, Inc.

H5439 Washington residents: Health Net Life Insurance Company tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes PPO. “Wellcare” es ofrecido por Health Net Life Insurance Company.

S4802 “Wellcare” es ofrecido por WellCare Prescription Insurance, Inc.

Miembros de planes D-SNP de Louisiana: Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Recibe cobertura de atención de salud y de medicamentos recetados de Medicare a través de Wellcare. También es elegible para recibir servicios y cobertura de atención de salud adicionales a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite alguno de estos sitios: www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider o <https://www.louisianahealthconnect.com>. Para obtener información detallada sobre los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid, <https://ldh.la.gov/medicaid>, y seleccione el enlace “Learn about Medicaid Services” (Obtener información sobre los servicios de Medicaid). No dude en comunicarse con nosotros si necesita una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid.>

H0174 & H5294 Miembros de planes D-SNP de Texas: Como miembro del plan Wellcare HMO D-SNP, usted cuenta con cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Recibirá sus beneficios de atención de salud y medicamentos recetados de Medicare a través de Wellcare. Además, es elegible para recibir beneficios de atención de salud adicionales a través de STAR+PLUS Medicaid. Puede obtener más información sobre los proveedores que participan en Wellcare y Medicaid ingresando en <https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html>. Para solicitar copias impresas de nuestros Directorios de proveedores de Medicare y Medicaid, comuníquese con nosotros al H0174: 1-833-444-9089 / H5294: 1-855-445-3556 (TTY: 711), o póngase en contacto con su organización de atención administrada (MCO) de STAR+PLUS.

