



Anexo 2: Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de recetas de Medicare

¿Necesita un asistente para manejar sus costos de recetas? Puede completar este formulario de solicitud en su portal o puede enviar por correo postal el siguiente formulario:

¡Acceda al formulario por internet!

Complete el formulario en su portal en MyCHPPortal.com

- Inicie sesión en el portal
- Vaya a “My Plan Resources” (Recursos de mi plan)
- Haga clic en la pestaña “Helpful Links” (Enlaces útiles).
- Vaya a “Medicare Prescription Payment Plan” (Plan de pago de recetas de Medicare)
- Complete el formulario y envíelo

¡Envíe por correo postal el siguiente formulario!

Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago de recetas de Medicare			
<p>El Plan de pago de recetas de Medicare es una forma de pago voluntario que funciona con su cobertura de fármacos actual para ayudarle a gestionar sus gastos de bolsillo en los fármacos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Esta forma de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus fármacos.</p> <p>Es posible que esta forma de pago no sea la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus fármacos recetados mediante programas como Extra Help de Medicare o un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.</p>			
Complete todos los campos a menos que esté marcado como opcional			
NOMBRE:		APELLIDOS:	INICIAL DE SEG. 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 esté experimentando falta de hogar):			
Ciudad:	Condado (opcional):		Estado:
Código postal:			
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite el apartado postal):			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Lea y firme a continuación			



- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de recetas de Medicare. Central Health Medicare Plan se pondrá en contacto conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Central Health Medicare Plan me enviará una notificación para hacerme saber cuando se active mi participación en el Plan de pago de recetas de Medicare.** Hasta entonces, comprendo que no participo en el Plan de pago de recetas de Medicare.

Firma:

Fecha:

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado en virtud de la ley estatal a completar este formulario de participación y tiene la documentación de esta autorización disponible si Medicare lo solicitara.

Nombre:

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

Número de teléfono: ()

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe el formulario completado a:

ATTN: Central Health Medicare Plan
Membership Accounting Department
PO Box 22800
Long Beach, CA 90801-9945

También puede completar el formulario de solicitud de participación por internet en MyCHPPortal.com o llamarnos al (866) 314-2427, TTY: 711 para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al (866) 314-2427, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, o del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Qué puede esperar después de enviar:

Recibirá uno de los siguientes en el término de 10 días:

- Una aprobación con una fecha de inicio de su participación
- Una solicitud de más información; o
- Un rechazo de la solicitud

Visite MyCHPPortal.com para obtener más información. Llame al (866) 314-2427, TTY: 711 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.