

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



El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos en medicamentos.**

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

CÓMO ENVIAR ESTE FORMULARIO:

- **Por Internet:** Complete este formulario en línea en carefirst.com/mddsnp
- **Por correo:** Envíe su formulario completo a:
 - CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP)
PO Box 7
Pittsburgh, PA 15230
- **Teléfono:** Llámenos al 888-970-0917 para enviar su solicitud por teléfono o si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, 24 horas al día, 7 días a la semana.

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS A MENOS QUE ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES

Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo Nombre
Número de Medicare	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono
Dirección de residencia permanente (no ingresar casilla postal a menos se trate de una persona sin hogar):		
Ciudad	Estado	Código postal
Condado (opcional)		
Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente (se puede ingresar apartado postal):		
Ciudad	Estado	Código postal

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que lo he leído y comprendido.
- **CareFirst BlueCross BlueShield Advantage DualPrime (HMO-SNP) 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 soy participante del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.**

Firma

Fecha

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal para completar este formulario de participación y tener documentación de esta autoridad disponible si Medicare la solicita.

Apellido

Primer nombre

Inicial del Segundo Nombre

Dirección (Calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Relación con el participante

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial compartido de CareFirst Advantage PPO, Inc. y CareFirst Advantage DSNP, Inc., que son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.