



# Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago voluntario que trabaja con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), es posible que esta opción de pago no sea la más adecuada para usted. Llame a su plan para obtener más información.

## Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del SEGUNDO NOMBRE (opcional):	
Número de Medicare:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono:	
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correo a menos que no tenga una vivienda):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite ingresar un apartado de correo):			
Dirección:	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 recetados de Medicare. Clever Care Health Plan se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario and the attached terms and conditions.
- **Clever Care Health Plan 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 de dicho plan.

Firma:

Fecha:

Si completa este formulario por otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal para completar este formulario de participación y dispone de la documentación de esta autoridad si Medicare la solicita.

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al Comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro llamando al (833) 388-8168 (TTY:711) de 8:00 am a 8:00 pm, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 am a 8:00 pm, días laborables, del 1 de abril al 30 de septiembre.