



# Blue Cross Medicare Advantage Dual Care (HMO SNP) SM

## Formulario para participar en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare

El Plan de pago de recetas médicas de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de bolsillo relacionados con sus medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos.**

Esta opción de pago no sería la mejor si usted recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional (Extra Help, en inglés) de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Llame a su aseguradora para obtener más información.

### Rellene 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 del domicilio permanente (no ingrese un apartado postal a menos que esté sin hogar):

Ciudad:

Condado (opcional):

Estado:

Código postal:

Dirección postal si es diferente a su domicilio permanente (se permite un apartado postal):

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 recetas médicas de Medicare. Blue Cross Medicare Advantage se comunicará conmigo si necesita más información.
- Al firmar, confirmo que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Blue Cross Medicare Advantage me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante de dicho plan de pago.

Firma:

Fecha:

Si rellena este formulario en representación de otra persona, rellene la sección que aparece a continuación. Su firma certifica que usted está autorizado por la ley estatal para rellena este formulario y que puede mostrar un comprobante de esta autoridad si Medicare se la solicita.

Nombre:	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):
Número de teléfono: (     )	Relación con el participante:

### Cómo enviar este formulario

Envíe el formulario relleno a la siguiente dirección:

Blue Cross Medicare Advantage  
Mailstop: 1001  
MPPP Election Department  
13900 N. Harvey Ave.  
Edmond, OK 73013

Fax: 440-557-6525  
Correo electrónico: [ElectMPPP@RxPayments.com](mailto:ElectMPPP@RxPayments.com)

También puede rellena este formulario en línea, en **Activate.RxPayments.com**, o llamarnos al **855-231-2552** para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, llámenos al **855-231-2552**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1.º de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

## Términos y condiciones para la participación en el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare

### 1. Sin tarifas ni intereses

El programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare no cobra comisiones ni intereses, y no se requiere una verificación de crédito para inscribirse en el programa.

### 2. Notificación a la farmacia

Una vez aceptado en el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare, le informaremos a su farmacia de que está utilizando esta opción de pago.

### 3. Aplicabilidad

Esta opción de pago solo se aplica a los medicamentos incluidos en la cobertura de la Parte D de Medicare que se procesen después de que su participación en el programa sea confirmada.

### 4. Gastos compartidos

Cuando surte una receta de un medicamento elegible, no pagará ningún dólar en la farmacia. No obstante, seguirá siendo responsable del gasto compartido del medicamento correspondiente según su póliza de la cobertura de la Parte D de Medicare, que puede abonarse a través de una factura mensual.

### 5. Facturas mensuales

Cada mes, recibirá una factura que detalla el monto que adeuda, la fecha de vencimiento e información sobre cómo realizar un pago. Se requieren pagos mensuales mientras usted tiene un saldo, pero puede pagar el saldo en su totalidad en cualquier momento.

### 6. Cálculo de pagos mensuales

La fórmula para calcular el pago mínimo mensual (denominada "límite máximo mensual") difiere para el primer mes de participación en comparación con los meses restantes del año. Los cálculos del tope máximo mensual incluyen datos específicos de los gastos en medicamentos de la Parte D del participante (gastos anteriores y nuevos gastos de bolsillo), así como el número de meses que quedan del año de la cobertura y el monto adeudado. Como tal, el monto puede variar de una persona a otra y de un mes a otro, con la expectativa de que el saldo total quede completamente saldado el 31 de enero del siguiente año calendario.

### 7. Pagos faltantes

Si no hace un pago, recibirá un aviso de recordatorio. Si no paga su factura antes de la fecha indicada en el aviso, se le dará de baja del programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Sin embargo, aún deberá pagar el monto que adeuda y es posible que no pueda volver a inscribirse en el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare.

### 8. Exclusión voluntaria

Puede abandonar el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare en cualquier momento seleccionando la opción de exclusión a través de la página web o llamando al número de teléfono en su tarjeta de asegurado. Después de excluirse, continuará recibiendo una factura todos los meses por el monto que adeuda hasta que su saldo se pague en su totalidad.

## **Términos y condiciones para la participación en el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare (continuación)**

### **9. Comunicaciones y notificaciones**

Si proporciona una dirección de correo electrónico, la participación en este programa le permitirá recibir automáticamente correos electrónicos importantes con información relacionada con el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare.

### **10. Cancelación de cobertura y contratación de una nueva cobertura**

Si cancela su cobertura por cualquier motivo o solicita una nueva que incluye cobertura de medicamentos, finalizará su participación en el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Sin embargo, continuará recibiendo una factura todos los meses por cualquier monto pendiente hasta que su saldo se pague en su totalidad. Usted sigue siendo responsable del monto adeudado según el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Si contrata una nueva cobertura que incluye cobertura de medicamentos, es posible que pueda volver a unirse al programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare comunicándose con su nueva compañía de seguros.

### **11. Actualizaciones de dirección**

Cualquier información de contacto o preferencias de comunicación que proporcione al inscribirse en el programa o directamente mediante el Portal del programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare solo se utilizará para el programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare y, posiblemente, dichos cambios no se le comuniquen a la aseguradora de la Parte D de Medicare.

### **12. Comunicaciones**

Al facilitarnos sus datos de contacto, da su consentimiento para que nos pongamos en contacto con usted por cualquier medio que nos haya proporcionado en relación con información importante sobre su cuenta del programa del Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Este consentimiento nos permite usar mensajes de texto para llamadas informativas y de servicio de cuentas, pero no para llamadas de venta o telemarketing. Esto también puede incluir el contacto de compañías que trabajan en nuestro nombre para prestar servicios en su cuenta.

### **13. Métodos de pago**

Los métodos de pago aceptables se limitan a cheques enviados por correo o por medio de transferencias ACH (cheque electrónico).

GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece la cobertura HMO Special Needs Plan. GHSIC es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y con el programa Oklahoma Medicaid. La posibilidad de solicitar cobertura depende de la renovación de los contratos.