



Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales):

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos para ayudarle a administrar el costo de los medicamentos de la Parte D de Medicare que debe pagar de su bolsillo distribuyéndolo a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Esta opción de pago podría ayudarle a administrar los gastos pero no le hace ahorrar dinero ni disminuye el costo de sus medicamentos.

Esta opción de pago puede no ser la mejor para usted si: recibe ayuda para pagar el costo de sus medicamentos recetados mediante programas como Ayuda Adicional de Medicare o como el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que se indique que es opcional:

Primer nombre:	Apellido:	INICIAL del segundo nombre (opcional):
----------------	-----------	--

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____ / ____ / ____)	Número de teléfono: (____) ____ - ____
---	---

Dirección del domicilio permanente (no indique una casilla de correo a menos que usted no tenga un hogar):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección del domicilio permanente (no indique una casilla de correo a menos que usted no tenga un hogar):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Lea y firme abajo:

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Florida Complete Care se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que al firmar este formulario esto significa que he leído y entiendo este formulario y los términos y las condiciones que se adjuntan.
- **Florida Complete Care me enviará un aviso para informarme cuando esté activa mi participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare.** Hasta ese momento, entiendo que no estoy participando en el Plan de Pago de Recetas de Medicare.

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

Si está completando este formulario en nombre de otra persona, complete la sección abajo. Su firma certifica que usted es una persona autorizada por la legislación del Estado para completar este formulario de participación y que cuenta con la documentación de esta autoridad a la disposición si Medicare la pide.

Nombre:	Dirección (Calle, Ciudad, Estado y código postal):
Número de teléfono: ()	Relación con el participante:

Cómo presentar este formulario:

También puede completar este formulario de solicitud de participación en línea en <https://fc2healthplan.com/> o llamarnos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 711 para presentar la solicitud por teléfono.

Envíe el formulario completado a:

Florida Complete Care
ATTN: Member Services
P.O. Box 667870
Miami, Florida 33166

Fax: 305-402-8178
Email: FC2MEMBERS@ilshealth.com

En caso de preguntas o si necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 711, 7 días por semana de las 8am a 8pm desde octubre 1ro hasta marzo 31 y Lunes a Viernes de 8am a 8pm de Abril 1ro hasta Septiembre 30.

Términos y condiciones del plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es un programa voluntario que le permite a usted distribuir sus gastos de bolsillo de los medicamentos de la Parte D a lo largo de los meses restantes del año del plan. El programa no afecta el costo total de sus recetas. Se aplicará cualquier prima aplicable del plan y esta se deberá pagar aparte del estado de cuenta de su Plan de Pago de Recetas. Al optar por ingresar a este programa, usted (o su representante autorizado) indica que entiende los términos y las condiciones del Plan de Pago de Recetas de Medicare. Usted acepta hacerse financieramente responsable de todos los montos facturados bajo este programa. Si usted no paga los montos adeudados bajo el programa será retirado del programa y no tendrá derecho a volver a ingresar al mismo hasta tanto no queden totalmente pagos los montos adeudados. Usted puede elegir salirse del programa en cualquier momento, sin embargo todo monto adeudado seguirá siendo facturado y deberá ser pagado.