

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

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no supone un ahorro de dinero ni reduce 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 recetados a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPA). Llame a su plan para solicitar 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: (____) _____ - _____	
Número de dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal a menos que se encuentre en situación de calle):		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal a menos que se encuentre en situación de calle):		
Calle: Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Quiero participar en el plan de pago de medicamentos recetados de <input type="checkbox"/> Medicare para: Año del plan actual <input type="checkbox"/> Próximo año del plan		

**Lea y firme a continuación:**

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Florida Complete Care se comunicará conmigo si se necesitara más información.
- Entiendo que al firmar este formulario estoy indicando que he leído y comprendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Florida Complete Care me avisará 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 recetados de Medicare.
- Entiendo que, si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, Florida Complete Care renovará automáticamente mi participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare al inicio de cada año calendario, a menos que me comunique con Florida Complete Care para darme de baja.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

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

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

## Cómo presentar este formulario

Envíe el formulario completo a::

Florida Complete Care H9986  
Medicare Prescription Payment Plan  
P.O. Box 7  
Pittsburgh, PA 15230

Fax: 305-402-8178  
Correo electrónico: FC2MEMBERS@ilshealth.com

También puede encontrar el formulario de solicitud de participación en línea en <https://fc2healthplan.com/>, o llamarnos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526) para ingresar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-833-FC2-PLAN (1-833-322-7526), 7 días por semana de 8am a 8pm de octubre 1 a través de marzo 31 y Lunes a través de Viernes de 8am a 8pm desde abril 1 a través de septiembre 30.

*“El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es un programa voluntario que le permite distribuir sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D a lo largo de los meses restantes del año del plan. El programa no afecta las primas del plan, que se facturan y deben pagarse por separado. Al optar por participar en el programa, usted (o su representante autorizado) indica que comprende estos términos y condiciones del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Usted acepta ser financieramente responsable de todos los montos facturados bajo el programa. Si no paga los montos adeudados según el programa, se le eliminará del programa y no podrá volver a participar hasta que los montos adeudados se hayan abonado por completo. Puede darse de baja del programa en cualquier momento; sin embargo, los montos pendientes adeudados se seguirán facturando y deberán pagarse”.*