Florida complete care

Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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 ayudarle 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 ayudarle 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 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
☐ Medicare para: Año del plan actual ☐ 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.

Firma:	**Fecha**:

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::

Judi Rx Attn: M3P Elections
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234
Beaverton, Oregon, 97008-7105
Correo electrónico: M3P-Election@judi.com

También puede encontrar el formulario de solicitud de participación en línea en https://fc2healthplan.com/, o llamarnos al 844-740-0625 para ingresar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para complear este formulario, llámenos al 844-740-0625, las 24 horas del día, los 7 días de la semana..

"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".