



Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare

El Plan de pago para recetas médicas de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos de Select Health Medicare para ayudarle a gestionar los costos de los gastos de bolsillos de sus medicamentos de Medicare Parte B repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.

Esta opción de pago puede no ser la mejor elección para usted si recibe ayuda para pagar los costos de medicamentos recetados a través de programas como Extra Help de Medicare o un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP). Llame a Select Health Medicare para obtener más información.

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS, A MENOS QUE SEAN OPCIONALES

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): ____ Apellido: _____

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

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

Dirección de la residencia permanente (no ingrese una casilla de correo, a menos que no tenga un hogar).

Ciudad: _____ Condado (opcional): _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de la dirección de residencia permanente (puede ingresar una casilla de correo):

Ciudad: _____ Condado (opcional): _____ Estado: _____ Código postal: _____

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare. Select Health se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Leí y entendí la información incluida y los términos y condiciones disponibles en selecthealth.org/m3p.
- Select Health me enviará una notificación para avisarme cuando esté activa mi participación en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare. Hasta ese momento, entiendo que no soy participante del Plan de pago para recetas médicas de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

Si completa este formulario para otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que usted está autorizado bajo la ley estatal a completar este formulario de participación y que tiene disponible la documentación de esta autorización si Medicare la solicita.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Relación con el participante: _____

CÓMO ENVIAR ESTE FORMULARIO

Envíe el formulario completo a:

Select Health Medicare
Attn: Pharmacy Services
P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
Fax al **801-442-0770**

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en selecthealth.org/m3p.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al **855-442-9900** (TTY: **711**) durante las siguientes fechas y horarios:

Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: días hábiles de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingos cerrado.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá la llamada dentro de un día hábil.

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos si lo solicita a Select Health Medicare: **855-442-9900 (TTY: 711)** / Select Health: **800-538-5038**.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電