

# Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo de los medicamentos de Medicare Parte D distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor elección para usted si recibe ayuda para pagar los costos de los medicamentos recetados a través de programas como Extra Help de Medicare o un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). Llame a Kaiser Permanente para obtener más información.

## Llene todos los campos a menos que se marquen como opcionales

Indique en qué **región** de Kaiser Permanente reside actualmente:

CALIFORNIA

COLORADO

GEORGIA

HAWÁI

ESTADOS DEL ATLÁNTICO MEDIO

NOROESTE

WASHINGTON

NOMBRE:

APELLIDO:

Inicial del SEGUNDO nombre (opcional):

Número de Medicare:

Número de historia clínica de Kaiser Permanente:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono:

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales a menos que no tenga vivienda):

Ciudad:

Condado (opcional):

Estado: Código postal:

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permiten los apartados postales):

Dirección:

Ciudad:

Estado: Código postal:

---

## Lea la siguiente información y firme a continuación

- Entiendo que en este formulario solicito participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.  
Kaiser Permanente se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que mi firma en este formulario significa que he leído y entendido su contenido.
- **Kaiser Permanente me enviará una notificación para informarme que mi participación en el plan de pago de medicamentos recetados está activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el plan de pago de medicamentos recetados.

Firma:

Fecha:

Si está llenando este formulario para alguien más, llene la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado conforme a la ley estatal para llenar este formulario de participación y cuenta con la documentación de esta autoridad si Medicare la solicita.

Nombre:

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Número de teléfono:

Relación con el participante:

---

## Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo a:

Kaiser Permanente - Medicare Unit  
P.O. Box 232400  
San Diego, CA 92193-2400

También puede enviar el formulario completo por FAX o CORREO ELECTRÓNICO:

FAX: **1-855-355-5334**

CORREO ELECTRÓNICO: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

También puede completar el formulario de solicitud en línea en **kp.org/rxpaymentplan** (haga clic en "Español"), o en **kp.org/rxpaymentplanwa** (haga clic en "Español") si está en la región de Washington, o puede llamarnos al número de teléfono que se menciona a continuación para su región para enviar su solicitud por teléfono.

Puede revisar el progreso de su formulario de solicitud de participación en línea en **kp.org/medicare/applicationstatus** (en inglés) (no se aplica a la región de Washington).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al número de su región que se indica a continuación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

California: **1-800-443-0815**

Colorado: **1-800-476-2167**

Georgia: **1-800-232-4404**

Hawái: **1-800-805-2739**

Maryland/Virginia/Washington, D.C.: **1-888-777-5536**

Oregón y Suroeste de Washington: **1-877-221-8221**

Washington: **1-888-901-4600**

(condados: Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Whatcom, Grays Harbor [Códigos postales: 98541, 98557, 98559, 98568] y Mason [códigos postales: 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592])