

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

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por su plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos.**

Esta opción de pago **puede** que no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados mediante programas como Extra Help de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (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 ☐ NEVADA ☐ NOROESTE ☐ WASHINGTON

NOMBRE: APELLIDO: Inicial del SEGUNDO NOMBRE (opcional):

--	--	--

Número de Medicare: Número de historia clínica de Kaiser Permanente:

--	--

Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)

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):

--

Ciudad: Estado: Código postal:

--	--	--

Lea la siguiente información y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para 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 informará cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Entiendo que, si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, Kaiser Permanente renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con Kaiser Permanente para cancelar mi participación.

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 la persona que participa:

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 por FAX o CORREO ELECTRÓNICO el formulario completo:

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

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

También puede llenar el formulario de solicitud de participación en línea en **kp.org/rxpaymentplan** (haga clic en "Español"), o puede llamarnos al número de teléfono correspondiente a su región que se menciona a continuación 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).

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos al número de teléfono correspondiente a su región que se menciona a continuación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY pueden 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**

Nevada: **1-888-775-7003**

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

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

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