



Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de desembolso directo de los medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos durante todo el año calendario (enero-diciembre).

Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.

Esta opción de pago podría no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare o el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).

Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales.

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

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

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

Domicilio de residencia permanente (no ingresar un apartado postal a menos que no tenga hogar):

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

Domicilio postal, si es distinto del domicilio permanente (apartado postal permitido):

Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Lea y firme a continuación.

- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Elevate Medicare Advantage se comunicará conmigo si necesita más información.
- Comprendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario.
- **Elevate Medicare Advantage me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare esté activa.** Hasta entonces, comprendo que no participo en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.

Firma:	Fecha:
--------	--------

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

Nombre:	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):
---------	---

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

Cómo presentar este formulario

Envíe el formulario completado a:

Elevate Medicare Advantage
PO Box 6300
Columbia, MD 21045-6300

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en [DenverHealthMedicalPlan.org/medicare-prescription-payment-plan](https://denverhealthmedicalplan.org/medicare-prescription-payment-plan) o llamarnos al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 (TTY 711) para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.