



Blue Shield of California
An independent member of the Blue Shield Association

Formulario de Pedido 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 voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para que pueda administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ser útil para administrar sus gastos mensuales, pero no le permite ahorrar dinero ni bajar los costos de sus 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 Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés). Llame a su plan para obtener más información.

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

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Segundo nombre: _____

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

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

Dirección de residencia permanente (ingrese la calle, no una casilla postal a menos que se encuentre sin hogar): _____ País (opcional): _____

Depto.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (puede ser una casilla postal): _____

Depto.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lea y firme a continuación:

- Entiendo que este formulario es un pedido para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Blue Shield of California se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que leí y comprendí el formulario y los términos y condiciones incluidos.
- Blue Shield of California me enviará un aviso para que sepa cuándo se ha activado mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Hasta ese momento, comprendo que no participo en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

Cómo presentar este formulario:

Envíe el formulario completo a:

Blue Shield of California
Apartado postal: 1003
MPPP Election Dept.
13900 N. Harvey Ave
Edmond, OK 73013

Fax: 440-557-6525

Correo electrónico: ElectMPPP@RxPayments.com

También puede completar el formulario de pedido de participación en Activate.RxPayments.com o llamarnos al (833) 696-2087 (TTY: 711) para presentar su pedido por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al (833) 696-2097, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.

Si está completando este formulario en nombre de alguien más, complete la siguiente sección. Su firma certifica que tiene la autorización de la ley estatal para completar este formulario de participación y que tiene documentación de esta autoridad disponible si Medicare la pide.

Primer nombre:		Apellido:		Segundo nombre:	
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):					
Depto:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	()	Relación con el paciente:			

Términos y condiciones para participar en el Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

1. Sin tarifas ni intereses

El Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (M3P, por sus siglas en inglés) no cobra tarifas ni intereses y no se requiere una verificación de crédito para inscribirse.

2. Confirmación de la participación en el plan

Una vez que Blue Shield of California revise su formulario de pedido para el Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, le enviaremos una carta en la que se confirme su participación en este plan.

3. Aviso a la farmacia

Una vez que se acepte su participación en el Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, le informaremos a su farmacia que usará esta opción de pago.

4. Validez

Esta opción de pago es válida únicamente para medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y que se hayan procesado después de que se confirme su elección.

5. Costo compartido

Cuando compre un medicamento recetado elegible, no pagará ni un dólar en la farmacia. Sin embargo, usted seguirá siendo responsable de su parte del costo del medicamento asociado con su beneficio de la Parte D de Medicare de su plan, que puede pagarse a través de una factura mensual.

6. Facturas mensuales

Todos los meses, recibirá una factura en la que se detalla la cantidad que debe, la fecha de vencimiento e incluye información sobre cómo hacer un pago. Mientras haya saldo, debe hacer pagos mensuales, pero puede pagar la cantidad total en cualquier momento.

7. Cálculo de pagos mensuales

La fórmula que se usa para calcular el pago mensual mínimo (llamado “límite mensual máximo”) es distinta para el primer mes de participación en comparación con los otros meses del año. Los cálculos del límite mensual máximo incluyen detalles de los costos de los medicamentos de la Parte D de un participante (costos anteriores y costos de bolsillo nuevos), así como también la cantidad de meses restantes en el año del plan y la cantidad pendiente. Por ello, la cantidad puede variar según la persona y de un mes a otro, con la expectativa de que el total se pague completamente antes del 31 de enero del siguiente año calendario.

8. Falta de pago y terminación del plan

Si se olvida de hacer un pago, recibirá un aviso recordatorio para hacerlo dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha de vencimiento del pago. Se considerará que no ha pagado la cantidad de la factura mensual después de que termine un período de gracia de 2 meses. Si no paga la factura al final del período de gracia de 2 meses, ya no participará en el Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Sin embargo, deberá pagar la cantidad que deba y es posible que no pueda volver a inscribirse en el Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Aunque ya no participe del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, seguirá participando en su plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Blue Shield of California volverá a incorporar a un participante al Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare si la persona demuestra que tiene una buena razón por no haber pagado la cantidad facturada del programa dentro del período de gracia de 2 meses y paga el total facturado que se había vencido.

9. Cancelación de la participación en el plan

Puede dejar el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en cualquier momento si se comunica con Blue Shield of California llamando al 833-696-2087 (TTY: 711). Dejar el plan no afectará su cobertura de medicamentos de Medicare ni otros beneficios de Medicare.

Recuerde lo siguiente:

- Si aún debe un saldo, deberá pagar la cantidad que deba, incluso si ya no participa en esta opción de pago. Seguirá recibiendo una factura todos los meses con la cantidad pendiente hasta que termine de pagar todo el saldo adeudado.
- Puede elegir pagar todo el saldo de una sola vez o que se le facture mensualmente.

Le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo los nuevos costos de medicamentos después de abandonar el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

10. Cancelación de la inscripción y nueva inscripción en el plan de medicamentos de Medicare

Si abandona o cancela la inscripción a su plan actual de Blue Shield of California por cualquier motivo, o cambia a un nuevo plan de medicamentos de Medicare o a un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos), y aún tiene saldos pendientes, tendrá que pagar la cantidad que deba, incluso si ya no participa en esta opción de pago. Seguirá recibiendo una factura todos los meses con la cantidad pendiente hasta que termine de pagar todo el saldo adeudado. Una vez cancelada la inscripción, seguirá siendo responsable de pagar la cantidad adeudada según el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

Comuníquese con su nuevo plan si quiere participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare a través de su nuevo plan.

11. Actualizaciones del domicilio

SimplicityRx administra este programa en nombre de Blue Shield of California. Toda información de contacto o preferencias de comunicación que brinde durante la elección o directamente a través del Portal de Pago del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare solo se usarán para su Programa de Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y no se informará a Blue Shield of California para su uso en otras de sus comunicaciones.

12. Comunicaciones

Si nos comparte su información de contacto, acepta que nos comuniquemos con usted por cualquier medio que haya brindado para darle información importante sobre su cuenta del Programa de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Este consentimiento nos permite usar mensajes de texto para llamadas informativas y de servicio de cuentas, pero no para llamadas de ventas o mercadeo telefónico. Es posible que se comuniquen con usted empresas que trabajan con nosotros para brindarle asistencia con su cuenta.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en lengua de señas.
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados.
 - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, embarazo o condiciones relacionadas, características sexuales, estereotipos sexuales, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede usar esta información para hacerlo por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ບໍ່ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քնն հասանելի է անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանչական համարը 1-800-776-4466 է: Ծառայություններ անվճար է: հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանչական: Ծառայություններ անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี