

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 que funciona con su cobertura de medicamentos actual para que pueda administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos que cubre su plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ser útil para administrar sus gastos, 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 Extra Help (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 (opcional):	
Número de Medicare:					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):		Número de teléfono:			
Dirección de residencia permanente (ingrese la calle, no una casilla postal a menos que se encuentre sin hogar):					Condado (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:	
Elección del año del plan					
Quiero participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare para: <input type="checkbox"/> Este año del plan <input type="checkbox"/> El próximo año del plan					
Nota importante: Si elige "Este año del plan", entonces su participación empezará de inmediato y se renovará automáticamente para el próximo año del plan si se queda en el mismo plan de salud o de medicamentos.					

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 avisará cuando se haya 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.
- Entiendo que, si me quedo en el mismo plan de salud o de medicamentos, Blue Shield of California renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare al inicio de cada año calendario, a menos que me comunique con Blue Shield of California y pida cancelar la autorización para la renovación automática.

Firma	Fecha
--------------	--------------

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:

Depto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
----------------	----------------	----------------	-----------------------

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

Cómo presentar este formulario:

Envíe el formulario completo a:

Blue Shield of California
Mailstop: 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 833-234-6359 para presentar su pedido por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 833-234-6359, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.

0096_2026

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>.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak [insert language], free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ՀԱՅԵՐԵՆՆ

ՈւՆԻՎԵՐՍԻՏԵՏՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

中文

注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-776-4466 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Lus Hmoob

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-776-4466 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ

ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ວິມັກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាភតតិកថ្លែងគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយភតតិកថ្លែងផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسی

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-776-4466 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਦੂਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

українська мова

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.