

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

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a manejar sus costos de desembolso directo por medicamentos de la Parte D de Medicare, repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le hará ahorrar dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como la Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Llame a Champion Health Plan al **1-800-885-8000 | TTY 711** para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

PRIMER nombre:		Inicial del SEGUNDO NOMBRE (opcional):	
APELLIDO:			
Número de Medicare: _ _ _ - _ _ - _ _			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Número de teléfono: ()	
Dirección física de residencia permanente (no indique un apartado postal, a menos que no tenga hogar):			
Dirección:		Ciudad:	
Condado (opcional):	Estado:	Código postal:	
Dirección física, si es diferente de su dirección permanente (se permite el apartado postal):			
Dirección:		Ciudad:	
Condado (opcional):	Estado:	Código postal:	
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Champion Health Plan se comunicará conmigo si necesitan más información. Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario. Champion Health Plan me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy un participante del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. 			
Firma:		Fecha:	
Si está completando este formulario por otra persona, complete la sección de abajo. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal a completar este formulario de participación y que dispone de la documentación que lo acredita si Medicare se la solicita.			
Nombre:			
Dirección:		Ciudad:	
Condado (opcional):	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono: ()		Relación con el participante:	
<p>Cómo enviar este formulario</p> <p>Por favor, envíe este formulario a la dirección de abajo o llame al Departamento de Servicios para Miembros de Champion Health Plan, al 1-800-885-8000 TTY 711.</p> <p>Envíe su formulario completado a:</p> <p style="padding-left: 20px;">Champion Health Plan 5000 Airport Plaza Drive, Suite 100 Long Beach, California, 90815</p> <p>También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea, en championhmo.com/forms o llamarnos al 1-800-885-8000 TTY 711 para presentar su solicitud por teléfono.</p> <p>Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-800-885-8000 TTY 711. Nuestro equipo está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre, y los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo.</p>			