**Modelo de formulario de inscripción en el PDP**

**(Rev. 1, emitida: 06-15-17; Entrada en vigencia/implementación: 04-01-18)**

**[Logo/Name of the Medicare Drug Plan]**

**<PDP Name>** Formulario de inscripción individual en el plan de medicamentos con receta de Medicare.

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <PDP name>, proporcione la siguiente información:** | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans*: **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**  Producto ABC $XX por mes Producto XYZ $XX por mes] | | | | | | |
| APELLIDO: PRIMER nombre: Inicial del 2.º nombre: | | | | | | Sr.  Sra.  Srta. |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M / D D / A A A A) | Sexo:  M  F |  | | | Número de teléfono particular:  ( ) | |
| Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): | | | | | | |
| Ciudad: | | | | Estado: | | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | | |
| **Contacto para emergencias:** [Optional field] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**: [Optional field]\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con usted** [Optional field] \_\_\_\_\_ | | | | | | |
| [Optional field] **Dirección de correo electrónico:** | | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.   * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.     O BIEN   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):    Número de Medicare:  Tiene derecho a:  Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)  COB. MÉDICA (Parte B)  Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare. | | | |
| **Cómo pagar la prima del plan** | | | | | | |
| **Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga o que adeude) por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviario, o bien recibirá la factura directamente de Medicare. NO pague el monto extra del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a <PDP name>.**  Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos los deducibles anuales, las primas mensuales de los medicamentos con receta y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑800‑325‑0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.  Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.  Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <*optional language in place of “bill each month*”: “libreta de cupones” or “libreta de pago”>.  **Elija una opción de pago de la prima:**  Reciba una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  <*Include other optional methods, such as EFT & credit card as follows:*  Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de enrutamiento del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Número de cuenta del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros  Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de cuenta: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Fecha de vencimiento: \_ \_/\_ \_ \_ \_ (MM/AAAA)>  Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.  Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB  (Esta deducción del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios puede tardar dos o más meses en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios aceptan su pedido de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales). | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Responda las preguntas detalladas a continuación:** |
| 1. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.  ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <PDP name>?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación para esta cobertura: Núm. de grupo para esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  Nombre de la institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:**  <include list of available languages>  <include list of other formats (e.g. Braille, audio tape, or large print)>  Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <PDP name> al <phone number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. |

|  |
| --- |
| image of stop sign  **Lea esta información importante** |
| **Si usted ya es miembro de un plan Medicare Advantage** (como una HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura para medicamentos con receta que cumpla con sus necesidades en virtud de su plan Medicare Advantage. Es posible que se cancele su membresía en su plan Medicare Advantage si usted se inscribe en <PDP name>. Esto afectará tanto su cobertura médica y hospitalaria como su cobertura para medicamentos con receta. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, póngase en contacto con su plan Medicare Advantage.  **Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <PDP Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato.**  Si se inscribe en <PDP name> podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con información sobre con quién contactarse, puede comunicarse con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarlo. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lea y firme a continuación:** | |
| **Completando esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:**  <PDP Name> es un plan de medicamentos de Medicare y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Comprendo que esta cobertura para medicamentos con receta es complementaria a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, debo mantener mi cobertura de la Parte A o de la Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a <PDP name> sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. Solo puedo estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare a la vez. Si ya estoy inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare, mi inscripción en <PDP name> cancelará la otra inscripción. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que esté inscrito, es posible que deje este plan, o que realice cambios en él, si hubiera disponible un período de inscripción, por lo general, durante el Período de inscripción anual (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), salvo que cumpla con ciertas circunstancias especiales.  <PDP Name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <PDP Name> brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Comprendo que debo utilizar las farmacias de la red, salvo en caso de emergencia, cuando no sea razonable utilizar las farmacias de la red de <PDP name>. Una vez que sea miembro de <PDP Name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de <PDP name> cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura.  Comprendo que si dejo este plan y no tengo o recibo otra cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima que deba pagar para la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.  Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <PDP name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <PDP name>.  Puede haber servicios de asesoría disponibles en mi estado que ofrecen asistencia con respecto al seguro complementario de Medicare u otras opciones de planes Medicare Advantage o de medicamentos con receta, la asistencia médica mediante el programa Medicaid del estado y el Programa de ahorros de Medicare.  **Divulgación de información:**  Inscribiéndome en este plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que <PDP Name> puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que <PDP Name> divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.  Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | |
| **Firma:** | **Fecha de hoy:** |
| Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:  **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de teléfono**: (\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_  **Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **Solo para uso del plan de medicamentos con receta de Medicare**:  Núm. de identificación del plan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IEP: \_\_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_  Nombre del representante, agente o corredor del plan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*optional space for other administrative information needed by plan*] |