



**PLAN DE PAGO PARA RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE**  
**Formulario de solicitud de participación**

El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos de la Medicare Parte D distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos.

Esta opción de pago podría no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como Ayuda Extra de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

**Complete todos los campos excepto aquellos indicados como opcionales**

NOMBRE de pila: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre(opcional): \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  
 (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Número telefónico:  
 (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal a menos que se encuentre sin hogar):

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

Dirección postal, solo si es diferente a la dirección de su residencia permanente (se permite apartado postal):

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

**POR FAVOR, LEA Y FIRME ABAJO:**

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare. Aspire Health se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Aspire Health me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare este activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare.

**Firma:**

**Fecha:**

(El formulario continúa en la siguiente página)

Si usted está completando este formulario para otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado según la ley del estado para completar este formulario de participación y que tiene documentación de esta autoridad disponible en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Número telefónico: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con el participante:

**Cómo enviar este formulario:**

Envíe su formulario llenado a:

Aspire Health  
Attn: Prescription Drug Payment Plan  
10 Ragsdale Drive, Suite 101  
Monterey, CA 93940

También puede completar el formulario de participación en línea en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org) o llamar al (888) 495-3160 (TTY 711) para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al (888) 495-3160. Nuestro horario es: 8 a.m.–8 p.m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto ciertos días festivos). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

**Términos y condiciones para participar en el Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare (PLAN DE PAGO PARA RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE)**

- 1. Sin tarifas ni intereses:** El Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare (PLAN DE PAGO PARA RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE) no cobra tarifas ni intereses y no se requiere verificación de crédito para inscribirse en el programa.
- 2. Notificación a la farmacia:** Al ser aceptado en el Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare, le informaremos a su farmacia que está usando esta opción de pago.
- 3. Aplicabilidad:** Esta opción de pago se aplica únicamente a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare procesados después de que se confirme su elección.
- 4. Costos compartidos:** Cuando se surta de un medicamento con receta elegible, no pagará ni un dólar en la farmacia. Sin embargo, usted seguirá siendo responsable de su parte del costo compartido del medicamento asociado con su beneficio de la Parte D de Medicare bajo Aspire Health Plan, que puede pagarse a través de una factura mensual.
- 5. Facturas mensuales:** Cada mes, recibirá una factura detallando el monto adeudado, la fecha de vencimiento e información sobre cómo realizar el pago. Se requieren pagos mensuales mientras tenga saldo, pero puede pagar el saldo en su totalidad en cualquier momento.

- 6. Cálculo de pagos mensuales:** La fórmula para calcular el pago mensual mínimo (denominado “límite mensual máximo”) difiere para el primer mes de participación en comparación con los meses restantes del año. Los cálculos del límite mensual máximo incluyen detalles específicos de los costos de los medicamentos de la Parte D de un participante (costos incurridos previamente y nuevos costos de bolsillo), así como también la cantidad de meses restantes en el año del plan y el monto pendiente. Como tal, el monto puede variar de persona a persona y de mes a mes, con la expectativa de que el saldo total se pague por completo antes del 31 de enero del siguiente año calendario.
- 7. Pagos atrasados:** Si no realiza un pago, recibirá un aviso de recordatorio. Si no paga su factura antes de la fecha indicada en el aviso de recordatorio, será eliminado del Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare. Sin embargo, aún deberá pagar el monto adeudado y es posible que no pueda volver a inscribirse en el Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare.
- 8. Para darse de baja:** Puede salirse del Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare en cualquier momento seleccionando la opción de exclusión a través del sitio web o llamando al (855) 570-1600 o al 888-495-3160 (TTY 711). Después de darse de baja, continuará recibiendo una factura cada mes por el monto adeudado hasta que la totalidad de su saldo quede pagado.
- 9. Comunicaciones y notificaciones:** Si proporciona una dirección de correo electrónico, la participación en este programa lo hará automáticamente elegible para recibir correos electrónicos importantes que contienen información relacionada con el Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare.
- 10. Baja e inscripción en nuevo plan:** Si se cancela su inscripción en Aspire Health Plan por cualquier motivo o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, su participación en el Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare finalizará. Sin embargo, continuará recibiendo una factura cada mes por cualquier monto pendiente hasta que la totalidad de su saldo quede pagado. Usted continúa siendo responsable del monto adeudado según este Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare. Si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, es posible que pueda volver a unirse al Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare comunicándose con su nuevo plan.
- 11. Actualizaciones de dirección:** Cualquier información de contacto o preferencia de comunicación que proporcione durante la elección o directamente a través de su Portal de pago del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare se usará para su Programa de Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare y podrá actualizarse comunicándose con Servicios a miembros de Aspire Health Plan.
- 12. Comunicaciones:** Al proporcionarnos su información de contacto, usted acepta que nos comuniquemos con usted por cualquier medio que haya proporcionado con respecto a información importante acerca de su cuenta del Programa de Pago para Recetas Médicas de Medicare. Este consentimiento nos permite usar mensajes de texto para llamadas informativas y de servicio de cuentas, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Esto también puede incluir contacto de compañías que trabajan en nuestro nombre para gestionar su cuenta.