



**Formulario de solicitud de participación del
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare**

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual y que puede ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de medicamentos de Medicare Parte D al repartirlos en pagos mensuales durante el año calendario (enero-diciembre). Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni bajará el costo de sus medicamentos.

Esta opción de pago tal vez no sea 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, State Pharmaceutical Assistance Program). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ INICIAL del segundo nombre: _____

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

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

Dirección de la calle de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos excepto que sea una persona sin hogar): _____

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

Dirección postal, si no es igual a su dirección de residencia permanente (se permite apartado postal):
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lea y firme lo siguiente

- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. AmeriHealth me contactará si necesita más información.
- Comprendo que la firma de este documento implica que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- AmeriHealth me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare esté activa. Hasta ese momento, comprendo que no soy un participante del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si está completando este formulario en nombre de alguien más, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado bajo la ley estatal para completar este formulario de participación y posee documentación de esta autoridad disponible en el caso de que Medicare la solicite.

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

Número de teléfono: () _____ Relación con el participante: _____

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo al siguiente contacto:
AmeriHealth Medicare PPO

1901 Market Street
Philadelphia, PA 19103
215-761-0300

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en amerihealthmedicare.com/ira, o llámenos al 1-866-569-5190 para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-866-569-5190, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana. Tenga en cuenta que los fines de semana y los días festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, su llamada puede ser derivada al correo de voz. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

AH14543 (09/24)

Y0041_H5361_AH_25_121555_C