



Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar sus gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar sus gastos de medicamentos recetados a través de programas como la Ayuda adicional de Medicare o un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Llene todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del SEGUNDO nombre (opcional): _____

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento:
(MES/DÍA/AÑO)
(____ / ____ / ____)

Número de teléfono:
(____)

Dirección de su domicilio permanente (no incluya un apartado postal [P.O. Box] a menos que no tenga un hogar):

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

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se acepta apartado postal):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lea y firme a continuación

- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare. CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Comprendo que al firmar este formulario acepto que he leído y entendido el formulario y la hoja de datos que se adjunta.
- **CalOptima Health OneCare Flex Plus me enviará un aviso para informarme cuando se active mi participación en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de pago para recetas médicas de Medicare.

Firma: _____

Fecha: _____

Si está llenando este formulario en nombre de otra persona, llene la sección a continuación. Con su firma, usted certifica que está autorizado por la ley estatal para llenar este formulario de participación y que tiene la documentación de dicha autorización disponible en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal):

Número de teléfono: ()

Relación con el participante:

Cómo enviar su solicitud

Envíe el formulario completo a:

CalOptima Health OneCare Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

O envíe este formulario por fax al: 1-714-246-8711

También puede llenar el formulario de solicitud de participación en línea en: www.caloptima.org/OneCare, o llámenos gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)** para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. CalOptima Health OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en www.caloptima.org/OneCare.