

Formulario de Solicitud de Participación en el Plan de Pago de Prescripción de Community y Más (HMO C-SNP)

El Plan de Pago de Prescripción de Medicare es una opción de pago voluntario que trabaja con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los costos de 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 manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.

Esta opción de pago puede no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Extra Help de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

Complete todos los campos a menos que se indique como opcional.

NOMBRE: APELLIDO: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (opcional):

Número de Medicare:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

Número de Teléfono:

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal a menos que esté en situación de calle):

Ciudad:

Condado (opcional):

Estado:

Código postal:

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

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Lea y Firme a Continuación

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

Firma:

Fecha:

Si está completando este formulario para otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado bajo la ley estatal para completar este formulario de participación y que tiene la documentación de esta autorización disponible si Medicare la solicita.

Nombre:

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

Número de Teléfono:

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario:

Envíelo por correo a:

Community y Más

Atención: Departamento de Servicios para

Participantes 2420 Fenton Street, Suite 100

Chula Vista, CA

91914 Fax: (619) 426-9437

Correo electrónico: info@chgsd.com

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea visitando nuestro sitio web o llamarnos al 1-800-232-3133 para enviar su solicitud por teléfono. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a Servicios para Participantes al 1-800-232-3133 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584). El horario es de 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.