

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

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

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

### Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Inicial del MEDIO (opcional): \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. American Health Advantage of Texas 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.
- **American Health Advantage of Texas me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de Pago de Recetas de Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado según la ley estatal para completar este formulario de participación y tener documentación de esta autoridad disponible si Medicare la solicita.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación con el/la participante: \_\_\_\_\_

### Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo a:

American Health Advantage of Texas

201 Jordan Rd, Ste 200

Franklin, TN 37067

Fax: 1-855-417-9171 Correo electrónico: [enrollment@amhealthplans.com](mailto:enrollment@amhealthplans.com)

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en [tx.amhealthplans.com](http://tx.amhealthplans.com), o llamarnos al 1-855-521-0628 para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-855-521-0628, de 8:00 a.m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; 8:00 a.m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-312-0046.

## Términos y Condiciones del Plan de Pago de Recetas Médicas de Medicare

- **Costo compartido** - no hay ningún costo por participar en el plan, pero los afiliados seguirán pagando la prima del plan cada mes.
- **Pagos mensuales** - los afiliados recibirán una factura mensual de American Health Advantage of Texas basada en su saldo impago. Los pagos mensuales pueden fluctuar a lo largo del año a medida que aumenta el saldo impago.
- **Desembolso máximo** - los afiliados nunca pagarán más que el monto total que habrían pagado de su bolsillo en la farmacia si no estuvieran participando en el plan. En 2025, el desembolso máximo por medicamentos recetados será de \$2,000.
- **Nuevas recetas** - los pagos futuros pueden aumentar cuando los afiliados surtan una nueva receta o resurtan una existente.
- **Optar por participar** - las personas con Medicare deben optar por participar en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare para utilizarlo.
- **Optar por no participar** - para optar por no participar voluntariamente en el Programa de pago de recetas médicas de Medicare, comuníquese con American Health Advantage of Texas al número gratuito 1-855-521-0628 (TTY al 1-833-312-0046) o envíe una notificación por escrito solicitando la exclusión voluntaria a American Health Advantage de Texas, 201 Jordan Rd, Ste 200, Franklin, TN 37067.
- **Proceso de disputa** - para obtener información sobre el proceso de disputa, comuníquese con American Health Advantage of Texas al número gratuito 1-855-521-0628 (TTY al 1-833-312-0046) o envíe una notificación por escrito solicitando información sobre el proceso de disputa a American Health Advantage de Texas, 201 Jordan Rd, Ste 200, Franklin, TN 37067.

### Información general sobre cómo solicitar el programa LIS

Solicitar Ayuda Adicional es fácil. Simplemente complete la solicitud de Ayuda Adicional con los Costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (formulario SSA-1020) utilizando uno de estos métodos a continuación.

- Solicite en línea en [www.ssa.gov/medicare/part-d-extrahelp](http://www.ssa.gov/medicare/part-d-extrahelp)
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) para presentar una solicitud por teléfono o solicitar una solicitud.
- Solicite en su oficina local del Seguro Social. Después de presentar la solicitud, el Seguro Social revisará su solicitud y le informará si es elegible para recibir Ayuda Adicional.
- Si es elegible, puede elegir un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si no selecciona un plan, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid lo harán por usted. Cuanto antes se inscriba en un plan, antes comenzará a recibir beneficios. Si no es elegible para recibir Ayuda Adicional, aún puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.