


Formulario de inscripción en el plan individual de medicamentos recetados de Medicare **EnvisionRxPlus (PDP)**  
 Si necesita información en algún otro idioma o formato (Braille), por favor comuníquese con **EnvisionRxPlus**.

**Para inscribirse en EnvisionRxPlus, por favor proporcione la siguiente información:**

APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de teléfono de la casa: (   )	
Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):				
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):				
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<b>Contacto de emergencia:</b> _____				
<b>Número de teléfono:</b> _____		<b>Relación o parentesco con usted:</b>		
<b>Dirección de correo electrónico:</b>				

**Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare**

<p>Por favor, saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por favor, complete los espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.</li> <li>- O -</li> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.</li> </ul> <p>Usted debe tener las Partes A o B (o ambas) de Medicare para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.</p>	 <p style="text-align: center;">MUESTRA SOLAMENTE</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de reclamación de Medicare      Sexo _____</p> <p>_____ - _____ - _____</p> <p>Tiene derecho a      Fecha de vigencia</p> <p><b>HOSPITAL (Parte A)</b> _____</p> <p><b>SERVICIOS MÉDICOS (Parte B)</b> _____</p>
---	---

## Pago de la prima del plan

**Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que usted deba) por correo "Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), "tarjeta de crédito" o en línea a [www.envisionrxplus.com](http://www.envisionrxplus.com) cada mes. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si se determina que usted tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a su ingreso, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario o enviar directamente la factura de Medicare. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a EnvisionRxPlus.**

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas mensuales por medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califican no tienen período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar por ayuda adicional a través del sitio de Internet [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

### Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima del plan:

Recibir una factura

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta de banco cada mes. Por favor, adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del dueño de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta del banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorro

Tarjeta de crédito. Por favor, proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: Visa, MasterCard, Discover, o American Express

Nombre del dueño de la cuenta tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (MM/AAAA)

Deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual).

### Por favor, responda las siguientes preguntas:

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de to **EnvisionRxPlus**?  Sí  No  
Si la respuesta es “Sí”, por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura      Número de identificación de la cobertura:      Número de grupo de la cobertura:

2. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, tales como un asilo de ancianos?  Sí  No  
Si respondió “Sí”, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

**Por favor, marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:**

\_\_\_\_\_ Español      \_\_\_\_\_ Letras Grande

Por favor, comuníquese con **EnvisionRxPlus** al 1-866-250-2005 si necesita información en otro formato o idioma además de los que se incluyeron antes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es 24 horas al día , 7 días de la semana.



**Por favor, lea esta información importante**

**Si usted es miembro de un Plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos recetados por parte de su Plan Medicare Advantage que cubra sus necesidades. Al inscribirse en **EnvisionRxPlus**, su membresía con su Plan Medicare Advantage puede terminar. Esto afectará ambos, la cobertura médica y de hospital así como a su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que su Plan Medicare Advantage le envía y si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Plan Medicare Advantage.

**Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse en EnvisionRxPlus puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato.** Usted puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en **EnvisionRxPlus**. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

**Por favor, lea y firme a continuación:**

**Al completar esta aplicación de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

**EnvisionRxPlus** es un plan de medicamentos recetados de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos recetados es adicional a mi cobertura bajo Medicare; por lo tanto, necesitaré mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a **EnvisionRxPlus** sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Sólo puedo estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez -si estoy en un plan de medicamentos recetados de Medicare, mi inscripción en **EnvisionRxPlus** terminará con esa inscripción. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible, por lo general, durante el Período de Inscripción Anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique debido a ciertas circunstancias especiales.

**EnvisionRxPlus** proporciona servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual **EnvisionRxPlus** proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y

encontrar un nuevo plan en el área nueva. Entiendo que debo usar farmacias de la red excepto en una emergencia cuando, de manera razonable, no puedo usar farmacias de la red de **EnvisionRxPlus**. Desde el momento en que soy miembro de **EnvisionRxPlus**, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré todo el documento de Evidencia de Cobertura de **EnvisionRxPlus** cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura.

Entiendo que si me salgo de este plan y no tengo o no obtengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o alguna cobertura de medicamentos recetados confiable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía además de la prima por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por **EnvisionRxPlus**, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en **EnvisionRxPlus**.

Servicios de consejería pudieran estar disponibles en mi estado para proporcionar consejos con relación al seguro suplementario de Medicare u otras opciones de Planes de Medicare Advantage o de medicamentos recetados, asistencia médica a través del programa de Medicaid del estado y del Programa de ahorros de Medicare.

**Divulgación de información:**

Al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que **EnvisionRxPlus** dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que **EnvisionRxPlus** dará a conocer mi información, incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados, a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha de hoy:</b> _____
---------------------	----------------------------

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Parentesco con persona inscrita:** \_\_\_\_\_

**Medicare Prescription Drug Plan Use Only:**

Plan ID#: \_\_\_\_\_

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_ IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP(type) \_\_\_\_\_

Name of Plan Representative/agent/broker: \_\_\_\_\_

Date Application Received by Plan: \_\_\_\_\_ Entered By: \_\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_\_

**BROKER REQUIRED FIELDS- FAX APPLICATIONS TO: 844-293-4756**

Name of Agent/Broker: \_\_\_\_\_ Writing Number (Agent ID): \_\_\_\_\_

Requested Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_ IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP: \_\_\_\_\_

SEP Reason \_\_\_\_\_

Agent/Broker Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_