



Formulario para participar 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 actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los costos de medicamentos incluidos en su cobertura que debe pagar de su bolsillo y distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor si usted recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional (Extra Help, en inglés) de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Llame a su aseguradora para obtener más información.

Rellene todos los campos, a menos que estén marcados como opcionales

Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre (opcional):	
Número de Medicare:					
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA):			Número de teléfono: ()		
Dirección del domicilio permanente (no ingrese un apartado postal a menos que esté sin hogar):				Condado (opcional):	
Apartamento N.º:	Ciudad:		Estado:		Código postal:
Dirección postal si es diferente a su domicilio permanente (se permite un apartado postal):					
Apartamento N.º:	Ciudad:		Estado:		Código postal:
Selección de cobertura					
Quiero solicitar el Plan de pago de recetas médicas de Medicare para el siguiente año:					
☐ Plan para el corriente año		☐ Plan para el próximo año			

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare. Judi Rx, en nombre de Blue Cross Medicare Advantage se comunicará conmigo si necesita más información.
- Al firmar, confirmo que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Blue Cross Group Medicare Advantage me avisará cuando mi participación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante de dicho plan de pago.
- Entiendo que si permanezco en la misma cobertura médica o cobertura para medicamentos, Blue Cross Group MedicareRx renovará automáticamente mi participación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare al inicio de cada año calendario, a menos que me comunique con Blue Cross Group MedicareRx para excluirme.

Firma:

Fecha:

Si rellena este formulario en representación de otra persona, rellene la sección que aparece a continuación. Su firma certifica que usted está autorizado por la ley estatal para rellenar este formulario y que cuenta con un comprobante de esta autoridad si Medicare se lo solicita.

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Apartamento N.º:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono: ()

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Para participar en 2027: Si desea participar en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare a partir del 1 de enero de 2027, puede elegir uno de los siguientes métodos de inscripción:

1. Rellene y envíe la solicitud de inscripción en línea a través de **MyPrime.com**.
2. Descargue, rellene y envíe por correo el formulario de inscripción a: Judi Rx, Attn: M3P Elections, 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234, Beaverton, Oregon 97008-7105.
3. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda para enviar la solicitud de inscripción, por teléfono al **1-833-894-3593**. Horario de atención: 24 horas al día, 7 días a la semana; **711** (TTY).
4. También puede enviar su solicitud de inscripción por correo electrónico a **M3P-Election@judi.com**.

Si ya presentó una solicitud de participación para 2026 y sigue cumpliendo los requisitos, su participación se renovará automáticamente para 2027 a menos que nos indique que no desea participar.

Términos y condiciones para la participación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare

Usted declara y entiende que debe ser asegurado de la Parte D de Medicare para participar en este programa. Usted reconoce y acepta que su participación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare no es obligatoria por ley y es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés). CMS puede ajustar los requisitos del Plan de pago de recetas médicas de Medicare en cualquier momento, y usted acepta que dichos cambios pueden afectar su situación en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare, su funcionamiento u otros aspectos del programa. Al participar en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare, usted acepta el reembolso de todos los costos de medicamentos recetados aplicables incurridos durante su participación en el Plan. Asimismo, reconoce que su información privada, incluida la información de salud protegida, puede ser comunicada de forma segura a terceros contratados para proporcionarle ciertos servicios o funciones del Plan de pago de recetas médicas de Medicare.

Consulte la Política de Privacidad de Judi Rx en judi.health/legal/privacy-policy para obtener más información. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del Plan de pago de recetas médicas de Medicare, usted entiende que el contenido, el logotipo y demás material visual creado son propiedad de su respectivo propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.

HCSC Insurance Services Company (HISC) (contrato H9706) y GHS Insurance Company (GHSIC) (contratos H8133 y H8544) ofrecen las coberturas HMO disponibles como prestación laboral o a través de sindicatos. Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC) (contratos H0107, H3822, y H8634), y HCSC Insurance Services (HISC) (contrato H1666) ofrecen las coberturas PPO disponibles como prestación laboral o a través de sindicatos.

HISC, HCSC y GHSIC son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HISC, HCSC y GHSIC son organizaciones Medicare Advantage que tienen contratos con Medicare. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.