

FORMULARIO DE INSCRIPCIONES EN ELIXIR RXPLUS (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, también debe tener uno de los siguientes seguros o ambos:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios Railroad Retirement Board, RRB).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Elixir RxPlus
8921 Canyon Falls Blvd., Suite 100
Twinsburg, OH 44087

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, lo contactarán.

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a **Elixir RxPlus** al **1-866-250-2005**.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a **Elixir RxPlus** al 1-866-250-2005 (TTY 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Sección 1 – Todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)**Formulario de inscripción individual al plan Elixir RxPlus de Medicamentos recetados de Medicare**

NOMBRE de pila: APELLIDO: [Opcional: Inicial del 2.º nombre]:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
(_ _ / _ _ / _ _ _ _)Sexo:
 Masculino FemeninoNúmero de teléfono:
()

Dirección de residencia permanente (no ingresar casillas de correo):

Ciudad:

[Opcional: Condado]:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (se permiten casillas de correo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare**Número de Medicare:** _ _ _ - _ _ _ - _ _ _**Responda estas preguntas importantes:**¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como beneficios para veteranos, TRICARE) además de **Elixir RxPlus**? Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener la Parte A o la Parte B para seguir inscrito en **Elixir RxPlus**.
- Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que **Elixir RxPlus** divulgará mi información a Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios, para los pagos y para otros fines aplicables a las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responderlo podría afectar la inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción; y
 - 2) La documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma:**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

Sección 2 – Todos los campos en esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las responde.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español.

Inglés

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Póngase en contacto con **Elixir RxPlus** al 1-866-250-2005 si necesita información en un formato accesible distinto de los mencionados arriba. Atendemos de 24 horas al día, 7 días a la semana . Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

Dirección de correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, usted acepta recibir notificaciones por correo electrónico de información importante sobre sus beneficios de la Parte D, incluyendo avisos de documentos electrónicos cuando estén disponibles. Estos documentos pueden incluir el Resumen de Beneficios, la Notificación Anual de Cambios, la Explicación de Beneficios y las declaraciones. Usted puede optar por no recibir materiales electrónicos en cualquier momento ingresando a su portal de afiliado.

Cómo pagar las primas del plan

Puede pagar las primas mensuales de su plan (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) por correo “transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), tarjeta de crédito o en línea en elixirinsurance.com todos los meses. **También puede pagar la prima todos los meses mediante la deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).**

Si debe pagar un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de su prima del plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o la RRB). **NO pague el IRMAA de la Parte D a Elixir RxPlus.**

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o los planes de medicamentos con receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registro (System of Records Notice, SORN), “Medicamento con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema no. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responderlo podría afectar la inscripción en el plan.