



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN ELIXIR RXPLUS (PDP)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean afiliarse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

Para afiliarse a un plan, usted tiene que:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en un área de servicios del plan

Importante: Para afiliarse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, usted debe tener uno o ambos:

- Medicare Parte A (Seguro de hospital)
- Medicare Parte B (Seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Usted puede afiliarse al plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, para cobertura a partir del primero de enero
- Dentro de un plazo de 3 meses después de haber adquirido Medicare
- En ciertas situaciones en las cuales a usted se le permite afiliarse a un plan o cambiarse a otro.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para averiguar más sobre cuándo se puede afiliar a un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Usted tiene que completar todos los elementos en la Sección 1. Los elementos en la Sección 2 son opcionales y a usted no se le puede negar cobertura por no llenarlos.

Recordatorios:

- Si usted desea afiliarse a un plan en el otoño durante la apertura de inscripciones (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan tiene que recibir el formulario antes de que termine el plazo del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede hacer que sus primas le sean deducidas de su cuenta bancaria o de sus beneficios mensuales del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviarios.

¿Qué ocurre luego?

Complete y firme el formulario y envíelo a:

Elixir RxPlus

2181 E. Aurora Rd, Suite 201
Twinsburg, OH 44087

Una vez que procesen su solicitud, ellos se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo consigo ayuda con este formulario?

Llame a **Elixir RxPlus** al 1-866-250-2005. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a **Elixir RxPlus** al 1-866-250-2005 (TTY: 711) o a Medicare 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 estén marcados como opcionales			
Formulario de inscripción individual al plan Elixir RxPlus de Medicamentos recetados de Medicare:			
NOMBRE		APELLIDO: [Inicial, opcional]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono: ()	
Dirección de la residencia permanente (No se acepta dirección de PO Box):			
Ciudad:	[Opcional: Condado]:	Estado:	Código ZIP:
Dirección de correo, si es diferente de la dirección de la residencia permanente (se permite dirección de PO Box):			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: - - - - - - - - - - -			
Conteste estas preguntas importantes:			
Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Elixir RxPlus ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro:	Número de grupo:	

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Yo tengo que continuar con Medicare Parte A o Parte B para conservar mi afiliación a **Elixir RxPlus**.
- Al afiliarme a este plan de Medicamentos Recetados de Medicare, yo acepto que **Elixir RxPlus** revele mi información a Medicare. Medicare podrá utilizarla para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios, para el pago y otros fines aplicables a los estatutos federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Sus respuestas en este formulario son voluntarias, pero no responderlas podrá afectar su afiliación al plan.
- La información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si suministro intencionalmente información falsa en este formulario, yo seré desafiado del plan.
- Yo entiendo que personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.
- Yo entiendo que mi firma (o de la persona legalmente autorizada para actuar a nombre mío) en este formulario significa que he leído y entiendo el contenido de este formulario. Si firmado por el representante autorizado, como se describe arriba, esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por ley estatal para completar este formulario, y
 - 2) Documentación de esta autorización está disponible por solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

Sección 2 – Todos los campos en esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es opcional. No se le podrá negar cobertura por no responderlas.

Marque el cuadro si desea que le enviemos información en un idioma diferente al inglés:

Español

Marque un cuadro si desea que le enviemos información en un formato accesible:

Braille Letra grande Audio CD

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

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Si usted desea recibir los siguientes materiales por correo electrónico, marque los cuadros pertinentes:

Evidencia de Cobertura Resumen de Beneficios Formulario Lista de red de farmacias

Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas del plan

Usted puede pagar su prima mensual del plan, incluyendo cualquier prima por inscripción tardía que pueda tener o deber, por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT), tarjeta de crédito o en línea en www.elixirinsurance.com cada mes. **También puede escoger que su prima mensual le sea deducida automáticamente de su beneficio mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar una Suma de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), usted tiene que pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Esta generalmente es deducida de su beneficio del Seguro Social o usted puede recibir una factura del Medicare o de la Junta de Retiro Ferroviario. **NO pague a Elixir RxPlus la Parte D-IRMAA.**

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de las inscripciones de beneficiarios en planes de Medicare Advantage (MA) o planes de medicamentos recetados (PDP), mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.