

ADAP/MEDICARE PARTE D
Programa para Pago de Primas
Declaración del Cliente

Las siguientes declaraciones de elegibilidad y principios le corresponden a todos los solicitantes para el "Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D" bajo ADAP.

Por favor léa cada declaración y marque cada cuadro para indicar que entiende y cumple con el requisito.

Previo a la entrega de su solicitud, cualquier pregunta debe ser dirigida a su Trabajador de Registro ADAP o a la línea telefónica de ADAP/Medicare Parte D, al (916) 449-5900 y pregunte por Celia Banda-Brown o Justine Blanco para asistencia en español.

Requisitos de Elegibilidad: (Para ser elegible para el "Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D" bajo ADAP, se requiere que cumpla con los siguientes requisitos).

Estoy inscrito actualmente en el ADAP de California y que sigo cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad de ADAP para recibir ayuda con el pago de primas de Medicare Parte D.

Entiendo que para poder participar en el Programa para Pago de Primas, es requisito que me registre para el 2008 en un plan de medicamentos Medicare Parte D (PDP) o en un plan Senior Advantage Managed Care (Plan de Salud de Medicare) con beneficio de recetas médicas (MAPD).

Entiendo que el Programa para Pago de Primas no puede pagar las multas por registro tardío en un plan de Medicare Parte D. Yo seré responsable por el pago de tales multas. El no cumplir con la porción del pago mensual que me corresponda (la multa) podría resultar en la pérdida de cobertura bajo mi plan de medicamentos de Medicare Parte D.

Entiendo que no tengo derecho al Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D cuando me corresponda el derecho al **Subsidio Completo Medicare** de "Ayuda Extra" por **Bajos Ingresos (o sea, "Full Low Income Subsidy [LIS],"** un beneficio federal). Medicare cubre las primas completas de personas que tienen derecho al Subsidio Completo por Bajos Ingresos (LIS).

Entiendo que si recibo cualquier reembolso de mi plan de Medicare Parte D por primas pagada por el Estado de California, tengo la obligación de entregarle este dinero a ADAP inmediatamente. El no regresar el reembolso de primas al estado puede resultar en ser inelegible permanentemente para asistencia para pago de primas en el futuro. Un reembolso de primas debe ser cedido al Estado de California y mandado por correo a:

California Department of Public Health
Attention: ADAP/Medicare Part D Premium Payment Program
MS 7704
P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426

Por favor llame a ADAP/Medicare Parte D al (916) 449-5900 si tiene preguntas sobre el reembolso.

ADAP/MEDICARE PARTE D
Programa para Pago de Primas
Declaración del Cliente

Normas Generales:

Acepto proporcionar información completa y correcta sobre mi plan de medicamentos Medicare Parte D.

Acepto reportar inmediatamente cualquier cambio relacionado con mi plan de medicamentos de Medicare Parte D, sobre mi elegibilidad al programa ADAP, mi domicilio y número de teléfono al ADAP/Programa para Pago de Primas Medicare Parte D.

Entiendo que es mi responsabilidad verificar que mi plan Medicare Parte D haya recibido y me haya acreditado las primas pagadas por el Estado de California a nombre mío. Si las primas no son recibidas o acreditadas a mi nombre por el plan Parte D, podría perder mi cobertura de medicamentos bajo el plan Medicare Parte D.

Entiendo que el Programa para Pago de Primas puede pagar mis primas de Medicare Parte D con varios meses de adelanto. Por consiguiente, para evitar la posibilidad de sobrepagos, reportaré inmediatamente cualesquier cambios en mi plan o sobre mi elegibilidad al Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D.

Entiendo que si estoy inscrito en un Plan de Salud Medicare que también cubre recetas médicas (“MAPD” o “Managed Care Plan”) y el Programa para Pago de Primas es quien paga la prima Parte D por mis recetas, entonces es mi responsabilidad pagar la porción de la prima correspondiente a la Parte B (médico y paciente externo).

Entiendo que si no cumplo con mi obligación de pagar la prima de la Parte B y se cancela mi participación en MAPD, ya no tendré derecho al Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D bajo ADAP y quedaré fuera del programa.

Entiendo que debo pedir que mi plan de Medicare Parte D facture las primas directamente a mi para el 2008.

Entiendo que el incumplimiento con la selección de esta opción de facturación directa puede resultar en pago de prima mensual doble, el pago por parte de ADAP y además el pago de prima mensual deducido de mi cheque del Seguro Social.

Entiendo que cualquier pago excesivo, tal como cualquier pago de prima que se dedusca incorrectamente de mi cheque mensual del Seguro Social, es responsabilidad mía y estoy obligado a establecer arreglos para su reembolso directamente con la agencia apropiada.

Entiendo que el Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D no tiene autorización para hacerme pagos directamente a mi, incluso reembolsos y pagos excesivos.

Entiendo que todas las primas serán pagadas directamente a mi plan de Medicare Parte D.

Entiendo que como un cliente del Programa Ryan White, mis informes bajo el Programa para Pago de Primas Medicare Parte D no serán compartidos con otros proveedores de servicios del Programa Ryan White a menos que yo de mi autorización escrita en el sitio de servicio particular.

**ADAP/MEDICARE PARTE D
Programa para Pago de Primas
Declaración del Cliente**

Declaración: He leído este documento cuidadosamente y entiendo las estipulaciones arriba enumeradas y estoy de acuerdo con las mismas. Entiendo que el incumplimiento con todas las normas del Programa para Pago de Primas de Medicare Parte D (ofrecido bajo ADAP) podría resultar en la pérdida de cobertura de medicamentos mediante mi plan de Medicare Parte D. Entiendo que las primas de mi Medicare Parte D pueden pagarse por adelantado por el resto del año, a menos que se indique lo contrario. Estoy de acuerdo en permitir que se comparta información entre el plan Medicare Parte D que yo escoja y el Estado de California para facilitar el pago de mis primas Parte D.

**Nombre del Solicitante
en Letra de Molde**

Firma del Solicitante

Fecha
