



NUEVA APLICACIÓN **REINSCRIPCIÓN APLICACIÓN**

Tenga en cuenta que: Se deben completar todos los campos (a menos que se indiquen como opcionales). Por favor vea arriba para enviar por correo o fax el formulario completado.

APELLIDO		NOMBRE		Inicia
<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
CANTIDAD DE PERSONAS	INGRESOS FAMILIARES ANUALES (ESCRIBA UN MONTO)		NÚMERO DE TELÉFONO (ESCRIBA N/A SI NO TIENE TELÉFONO)	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO MÓVIL (ESCRIBA N/A SI NO TIENE TELÉFONO)	
AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED ACEPTA RECIBIR MENSAJES DE T COVERRX EXTOS AL NÚMERO TELEFÓNICO INDICADO ANTERIORMENTE. PUEDE CANCELAR LA RECEPCIÓN DE LOS MENSAJES DE TEXTOS AL RECIBIR EL PRIMER MENSAJE.				
DIRECCIÓN DE CASA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR):	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
RAZA (PARA FINES DEL TÍTULO VI):		IDIOMA HABLADO (OPCIONAL)		
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Indio americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Inglés		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Español		
<input type="checkbox"/> Asia o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE O UN EXTRANJERO LEGAL CALIFICADO?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿HA VIVIDO EN TENNESSEE DURANTE AL MENOS LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿TIENE SEGURO MÉDICO (INCLUSO TENNCARE)?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿TIENE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA QUE NO SEA COVERRX? ESTO INCLUYE MEDICARE, TENNCARE O LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS QUE PROPORCIONA SU EMPLEADOR. (NO CUENTAN LOS PROGRAMAS DE DESCUENTO EN MEDICAMENTOS O PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE QUE OFRECEN MEDICAMENTOS GRATIS O A BAJO COSTO).				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿TIENE MEDICARE (CUALQUIER PARTE INCLUSIVE LA PARTE A, B, C O D)?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿NO TIENE HOGAR O VIVE EN UN ALBERGUE? (OPCIONAL)				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ESTÁ EMPLEADO (INCLUSIVE EMPLEADO INDEPENDIENTE)? (OPCIONAL)				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿TRABAJA 20 HORAS O MÁS EN UNA SEMANA LABORAL DE SIETE DÍAS? (OPCIONAL)				

Términos y condiciones

Mientras esté en CoverRx, debe seguir las reglas del programa. Al firmar la parte del frente de este formulario, usted acepta que:

Usted pagará su copago por cada receta médica que surta.

Usted notificará CoverRx presentando una aplicación actualizada cuando:

- ✓ se mude a una nueva dirección
- ✓ sus ingresos familiares cambien significativamente
- ✓ la cantidad de personas en su hogar cambie
- ✓ tenga otra cobertura de medicamentos con receta médica

Usted colaborará con cualquier investigación. CoverRx puede pedirle un comprobante de sus ingresos familiares. CoverRx también puede pedirle que proporcione una prueba de que vive en Tennessee o que es ciudadano estadounidense o un extranjero calificado. Usted acepta proporcionar esta información a CoverRx. Si usted no ayuda, entonces podría perder su asistencia de farmacia.

Usted permite que CoverRx obtenga información sobre usted. Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica bajo la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA), Partes 160 y 164 de CFR ("Regla de privacidad"). La Regla de privacidad permite que CoverRx use y divulgue mi información médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluso para determinar mi elegibilidad para obtener los beneficios.

Usted puede denunciar fraude o abuso. Si sospecha que alguien ha cometido fraude o abuso, llame a OptumRx al 1-800-424-5815. **Autorización: Quiero presentar una solicitud para recibir la asistencia de farmacia de CoverRx. Al firmar a continuación, certifico que la información que se incluye en la solicitud es verdadera y exacta. Sé que si proporciono cualquier información falsa, puedo estar infringiendo la ley. Sé que CoverRx verificará mi información. Acepto colaborar con cualquier investigación. También acepto seguir las reglas del programa CoverRx. Léi y entiendo estas reglas, las cuales se encuentran al reverso de este formulario.**

Firma: _____

Fecha: _____



Elegibilidad

Para ser elegible para participar en CoverRx, debe cumplir con los siguientes lineamientos de elegibilidad:

- ✓ Tener entre 18 y 64 años de edad
- ✓ Los ingresos familiares deben estar por debajo de los lineamientos de ingresos del Nivel federal de pobreza que se indican más adelante
- ✓ Ser ciudadano estadounidense o extranjero calificado
- ✓ Ser residente de Tennessee durante al menos los últimos seis meses
- ✓ No tener ninguna cobertura de medicamentos con receta médica, incluyendo TennCare, ni cobertura de medicamentos patrocinada por el empleador. (Los programas de descuento en medicamentos o programas de asistencia al paciente que ofrecen medicamentos gratis o a bajo costo no cuentan.)
- ✓ No puede tener Medicare (ninguna parte, incluyendo la Parte A, B, C o D)

¿Cuánto tendrá que pagar?

Si está inscrito, CoverRx le ayudará a pagar hasta cinco recetas médicas cada mes. Los suministros y la insulina para diabéticos no cuentan para el límite de recetas médicas. Usted debe pagar un pequeño copago por sus primeras cinco recetas médicas cada mes. (Nota: una receta médica para 90 días contará como una receta por mes para tres meses consecutivos). Los rangos de los copagos se mencionan en la tabla a la derecha.

Los copagos están sujetos a cambio.

Tipo de receta médica	Lo que usted pagará
Las primeras cinco (5) recetas médicas por mes de los medicamentos en la Lista de <i>medicamentos cubiertos por CoverRx</i> . Los suministros y la insulina para diabéticos no cuentan para el límite de cinco (5) recetas.	Medicamentos genéricos: 30 días = \$3 *90 días = \$5 Medicamentos de marca: 30 días = \$5 Insulina y suministros para diabéticos: 30 días (o hasta los límites cubiertos) = \$5 *Los suministros para 90 días solo están disponibles a través del pedido por correo y las farmacias minoristas locales que hayan elegido participar.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos que NO ESTÁN en la <i>Lista de medicamentos cubiertos por CoverRx</i> ✓ TODAS las recetas médicas después del límite de cinco (5) recetas médicas por mes 	Precio total (los precios varían por medicamento), además de cualquier descuento disponible de la farmacia.

- ✓ Usted puede adquirir sus recetas médicas en farmacias minoristas locales de la comunidad y farmacias de pedido por correo.
- ✓ Al inscribirse en CoverRx, se le enviará un paquete de bienvenida de CoverRx junto con información sobre cómo usar el programa.

Lineamientos de ingresos

Para calificar para obtener el programa CoverRx, sus ingresos anuales familiares deben estar por debajo de los niveles federales de pobreza que se indican en la tabla a la derecha.

Basado en 2024 directrices federales de pobreza. Para las familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.

Personas en el hogar	Ingresos anuales familiares
1	\$20,783
2	\$28,207
3	\$35,632
4	\$43,056
5	\$50,480
6	\$57,905
7	\$65,329
8	\$72,754

Información de contacto

Envíe por correo o fax completaron formulario para: Tennessee CoverRx
 OptumRx
 P.O. Box 2135
 Mission, Kansas 66201
 1-800-424-5766 (Fax)

Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en CoverRx: 1-800-424-5815 (Telefono)

Definiciones

“Descuento” significa una reducción en el precio que se ofrece a los participantes para ciertas recetas médicas.

“Ingresos familiares” son los ingresos combinados de todos los miembros de la familia mayores de 18 años de edad que mantengan una sola unidad económica, así como cualquier ingreso que reciba la familia por las obligaciones médicas personales y otras obligaciones de los participantes de la familia. La “Familia” se compone de todas las personas que viven en la misma residencia y que mantienen una sola unidad económica.

“Extranjero calificado” significa que usted no es ciudadano estadounidense, pero que vive legalmente en Estados Unidos. Para ser un extranjero calificado, también debe cumplir con otras condiciones. Estas condiciones se definen en la ley federal en 8 U.S.C. § 1622(b). Si usted no es ciudadano estadounidense ni extranjero calificado, entonces no puede inscribirse en CoverRx.



- ✓ **¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?**
- ✓ **¿Tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para su cuidado o para tomar parte en uno de nuestros programas o servicios?**
- ✓ **¿O tiene más preguntas sobre su atención médica?**

Llámenos gratis al 1-855-259-0701. Podemos conectarlo con la ayuda o servicio gratuito que necesite. (Para el sistema TTY (Para los sordos) llame al: 1-800-848-0298)

Obedecemos las leyes de derechos civiles federales y estatales. No tratamos a las personas de manera diferente por su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Siente que no le dimos ayuda o que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo? Puede presentar una queja por correo, por correo electrónico o en internet. A continuación tiene tres lugares donde puede presentar dicha queja:

<p>Aten. Médica Finanzas y Administración Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles 310 Great Circle Road, Floor 4W Nashville, Tennessee 37243 Email: HCFA.Fairtreatment@tn.gov Tel: 855-857-1673 (TRS 711)</p> <p>Puede obtener un formulario de queja en: http://www.tn.gov/hcfa/article/civil-rights-compliance</p>	<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU Oficina de Derechos Civiles 200 Independence Ave SW, Rm 509F, HHH Bldg Washington, DC 20201 Tel: 800-368-1019 (TDD): 800-537-7697</p> <p>Puede obtener un formulario de queja en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</p> <p>O puede presentar una queja en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</p>	<p>OptumRx Compliance & Ethics HelpCenter Corporate Compliance</p> <p>optumrxcompliance@optum.com</p>
---	---	---