Tennessee CoverRx
Magellan Health Services
P.O. Box 1808
Maryland Heights, MO 63043

○ ***NUEVA APLICACIÓN*** ○ ***REINSCRIPCIÓN APLICACIÓN*** ○ ***CAMBIOS EN LA APLICACIÓN EXISTENTE***

Tenga en cuenta que: Se deben completar todos los campos (a menos que se indiquen como opcionales) o se devolverá la solicitud.

APELLIDO	**NOMBRE**	**Inicial**

SEXO ○ masculino ○ femenino

FECHA DE NACIMIENTO ____ ____ – ____ ____ – ____ ____ ____ ____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

CANTIDAD DE PERSONAS EN	**INGRESOS FAMILIARES ANUALES** *(ESCRIBA UN MONTO)*	**NÚMERO DE TELÉFONO** *(ESCRIBA N/A SI NO TIENE TELÉFONO)*
		____ ____ ____ – ____ ____ ____ – ____ ____ ____ ____

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)*:

○ Negro
○ Blanco
○ Asia o de las Islas del Pacífico
○ Indio americano o de Alaska
○ Hispano
○ Otro: _____

IDIOMA HABLADO (OPCIONAL)

○ Inglés
○ Español
○ Otro: _____

○ Sí ○ No **¿ES USTED CIUDADANO ESTADOUNIDENSE O UN EXTRANJERO LEGAL CALIFICADO?**

○ Sí ○ No **¿HA VIVIDO EN TENNESSEE DURANTE AL MENOS LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?**

○ Sí ○ No **¿TIENE SEGURO MÉDICO (INCLUSO TENNCARE)?**

○ Sí ○ 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).**

○ Sí ○ No **¿TIENE MEDICARE (CUALQUIER PARTE INCLUSIVE LA PARTE A, B, C O D)?**

○ Sí ○ No **¿NO TIENE HOGAR O VIVE EN UN ALBERGUE?** *(OPCIONAL)*

○ Sí ○ No **¿ESTÁ EMPLEADO (INCLUSIVE EMPLEADO INDEPENDIENTE)?** *(OPCIONAL)*

○ Sí ○ 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

Forma Número
TNCX0216

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 Magellan Health Services 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. Leí y entiendo estas reglas, las cuales se encuentran al reverso de este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Necesita ayuda con el idioma? Llame al 1-800-424-5815 o para obtener ayuda TDD/TTY, marque 711 y pida que le comuniquen al 1-800-424-5815. ¿Necesita ayuda de Servicios para miembros? Llame al 1-800-424-5815. Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. A nadie se le trata de forma distinta debido a su raza, color, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad/impedimento. ¿Necesita ayuda? Llame gratis a la Oficina de Cumplimiento de la No Discriminación al 1-855-286-9085. Para TTY, marque 711 y pida que le comuniquen al 1-855-286-9085.

© 2016, Magellan Health Services
Fecha de Revisión: February 23, 2016

Elegibilidad

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

- Tener entre 19 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. Si está inscrito, se incluirán sus copagos exactos en su paquete de bienvenida.

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 *medicamentos cubiertos por CoverRx.* 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. Antes de surtir su receta médica, verifique con su farmacia para ver si el suministro para 90 días no está disponible para medicamentos de marca cubiertos e insulina cubierta.
• Medicamentos que NO ESTÁN en la *Lista de medicamentos cubiertos por CoverRx* • 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 2016 directrices federales de pobreza. Para las familias / hogares con más de 8 personas, agregue $4,160 por cada persona adicional .

Personas en el hogar	Ingresos anuales familiares
1	$11,880
2	$16,020
3	$20,160
4	$24,300
5	$28,440
6	$32,580
7	$36,730
8	$40,890

Información de contacto

Envíe por correo o fax completaron formulario para: Tennessee CoverRx
Magellan Health Services
P.O. Box 1808
Maryland Heights, MO 63043
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.

© 2016, Magellan Health Services