

Solicitud de afiliación de MoRx

Para recibir beneficios, usted debe vivir en Missouri y estar en algún Plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D. No envíe este formulario si está en HealthNet de MO (antes Medicaid de Missouri) o si algún plan patrocinado por su patrón que paga por sus medicamentos de receta.

| 1. Información personal | | | |
|---|---------|--|-----------|
| Apellido: | | Nombre: | |
| Fecha de nac: | | Sexo: | Teléfono: |
| Nº de SS: (Número de Seguro Social) | | Número de reclamación de MEDICARE: (El número de su tarjeta roja, blanca y azul de seguro médico de Medicare) | |
| Nombre de su plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D: | | | |
| Domicilio: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Condado: |
| Dirección postal (sólo si quiere que le enviemos el correo a otra dirección): | | | |
| Apellido: | | Nombre: | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| 2. Raza o etnicidad (marque todo lo aplicable) | | | |
| | | | |
| 3. Marque la ÚNICA cuadro que describa mejor sus INGRESOS. La Información es obligatoria para cumplir con los requisitos de afiliación de MoRx. | | | |
| Soltero, viudo, divorciado o vivo separado de mi cónyuge y: | | Casado y: | |
| | | | |
| 4. Marque la ÚNICA cuadro que describa mejor sus ACTIVOS EN EFECTIVO. Los activos en efectivo incluyen el valor total de sus ahorros, inversiones y bienes raíces. No incluya su residencia principal, vehículos, lotes en cementerios o posesiones personales. Esta información es obligatoria, pero no afectará si cumple los requisitos de MoRx. | | | |
| Soltero, viudo, divorciado o vivo separado de mi cónyuge y: | | Casado y: | |
| | | | |

* Posiblemente usted reúna los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de Medicare Parte D. Llame a SSA al 1-800-772-1213 para pedir una solicitud.

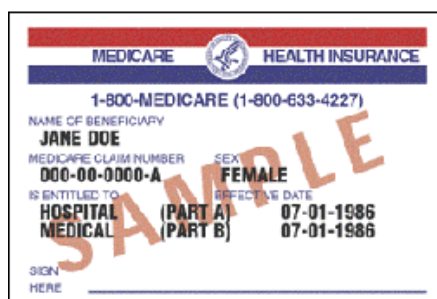
| 5. Firme y escriba la fecha | |
|---|--------------|
| <p>Usted debe firmar este formulario. Si no puede firmarlo usted, puede firmarlo un representante suyo.</p> <p>Certifico y atestiguo que soy residente del estado de Missouri y que mis respuestas a las preguntas de este formulario, los puntos del formulario y los documentos presentados son verdaderos y exactos. Entiendo que el Plan MoRx puede verificar comparar con otros expedientes del gobierno o pedir otras pruebas en cualquier otro momento.</p> | |
| Firme: _____ | Fecha: _____ |
| Marque la casilla apropiada: | |



Corte en la línea y conserve esta porción inferior con sus expedientes.

Importante: Envíe una **copia** de cada uno de lo siguiente con su formulario de afiliación. **No** envíe originales. Envíe por correo una **copia** de las dos tarjetas con esta solicitud **firmada** a: MoRx Plan, PO Box 208, Troy, MO 63379.

- Envíe una **copia** de su tarjeta de seguro médico de Medicare.



- Envíe una **copia** de su tarjeta del Seguro Social.

