



Formulario de solicitud de participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare o EPIC (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva York o SPAP, por sus siglas en inglés). Llámenos al 1-888-807-5717 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

PRIMER nombre:		Apellidos:	
Inicial del SEGUNDO nombre (opcional):			
Número de Medicare:			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Número de teléfono: ()	
Dirección de residencia permanente (no escriba un apartado postal a menos que se encuentre sin hogar):			
Ciudad:	País (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es distinta a su dirección permanente (se permite apartado postal): Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Centers Plan for Healthy Living se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que lo leí y lo comprendí.
- Centers Plan for Healthy Living **me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
- Consulte los términos y condiciones adicionales en las páginas 3 y 4 de este formulario.

Firma:

Fecha:

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que tiene autorización según la ley estatal para completar este formulario de participación y tiene documentación de esta autoridad disponible si Medicare la solicita.

Nombre:

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):

Número de teléfono:)

Relación con el participante:

Cómo enviar este formulario

Envíe el formulario completo a:
Centers Plan for Healthy Living
A LA ATENCIÓN DE: M3P
Election Form
75 Vanderbilt Avenue,
Staten Island, NY 10304

También puede completar el formulario de solicitud de participación
en línea en mp.medimpact.com; o

Llámenos al 1-888-807-5717 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana **para enviar su solicitud por teléfono.**

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-888-807-5717, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.



**Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
Términos y condiciones del formulario de solicitud de elección**

1. **Participación voluntaria.** La elección en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (el "Programa") es voluntaria y no es un requisito para obtener medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare.
2. **Solo medicamentos de la Parte D de Medicare.** El Programa solo se aplica a los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare. El Programa no se aplica a los medicamentos que cubre la Parte A o la Parte B de Medicare, los beneficios o servicios médicos ni ningún otro beneficio complementario.
3. **Unión sin costo.** La unión al Programa es completamente gratuita. Los participantes pueden optar por participar sin ninguna tarifa por adelantado.
4. **Los mismos costos totales.** La elección en el Programa no reduce el costo total de los medicamentos recetados ni reduce la cantidad de dinero que una persona paga en costos de bolsillo totales. Los participantes no reciben ningún descuento por participar en el Programa.
5. **Sin intereses ni tarifas adicionales.** El Programa no incluye ningún interés ni tarifas adicionales por distribuir los pagos.
6. **Aviso de aceptación del formulario de elección.** Para empezar a participar en el Programa, el participante debe recibir una "Notificación de aceptación de elección en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare" oficial por correo o de manera electrónica, según el método de comunicación preferido y autorizado del participante.
7. **Plazo de participación en el programa.** Si se acepta el formulario de elección, la elección del participante entrará en plena vigencia y efecto durante el año del plan o la parte restante del año del plan para el que se realizó la elección, a menos que la elección se haya cancelado previamente de manera voluntaria o involuntaria según lo establecido en el presente documento.
8. **Obligación de deuda.** La participación en el programa no exime al participante de su obligación financiera. Cualquier pago mensual no pagado sigue siendo una deuda del participante.
9. **Facturación.** Una persona que decida participar en el programa no pagará los costos de bolsillo en la farmacia (incluidas las farmacias de pedidos por correo y las farmacias especializadas). El participante recibirá una factura cada mes del plan de salud o del proveedor autorizado del plan de salud. La factura mensual se basa en lo que el participante hubiera pagado por cualquier receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año del plan.
10. **Los pagos mensuales no son fijos.** Los pagos mensuales de un participante pueden cambiar cada mes debido a que se agregan nuevos costos de bolsillo por medicamentos al pago mensual cuando se adquiere una nueva receta o se renueva una receta existente.



11. **Responsabilidad por los pagos.** Los participantes son los únicos responsables de garantizar que todos los pagos se realicen a tiempo. El incumplimiento de los pagos antes de la fecha de vencimiento puede resultar en la cancelación del Programa.
12. **Periodo de gracia.** Se otorgará un período de gracia de dos meses para los pagos atrasados. El período de gracia comienza el primer día del mes en el que el saldo no se haya pagado o el primer día del mes posterior a la fecha en la que se solicita el pago, lo que ocurra más tarde.
13. **Terminación involuntaria.** Si no se realizan los pagos antes de que finalice el período de gracia, la terminación del Programa se producirá a partir del primer día del mes siguiente a la finalización del período de gracia.
14. **Exclusión/terminación voluntaria.** Los participantes pueden decidir no participar en el Programa en cualquier momento durante el año del plan. Al decidir no participar, el participante pagará los nuevos costos de bolsillo directamente a la farmacia. El participante también será responsable de pagar el saldo restante, ya sea en un solo pago o completando sus pagos mensuales.
15. **Modificaciones.** Se notificará a los participantes sobre cualquier cambio en los términos y condiciones del plan de pago, incluidos los cambios en los montos de pago, las fechas de vencimiento u otra información relevante. Dichas notificaciones se harán de manera oportuna.
16. **Privacidad y seguridad de los datos.** Toda la información personal y de pago proporcionada por los participantes se mantendrá de manera confidencial y se utilizará únicamente con el fin de administrar el Programa. La privacidad y seguridad de la información de los participantes se tratará de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables.
17. **Resolución de disputas.** Cualquier disputa que surja del Programa se resolverá de acuerdo con los procedimientos de quejas y reclamos de la Parte D de Medicare establecidos por el plan de salud.
18. **Información de contacto.** Si tienen preguntas o necesitan ayuda con el Programa, los participantes deben comunicarse con Servicios al Miembro al 1-888-807-5717. Las personas con problemas de audición pueden llamar (TTY 711). Horario de atención: 24 horas del día, 7 días de la semana, para obtener más información.