

Hoja informativa de Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare



¿Qué es el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare?

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE, por sus siglas en inglés) es una nueva opción de pago en la ley de medicamentos recetados 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). A partir de 2025, cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) podrá usar esta opción de pago. **Todos los planes ofrecen esta opción de pago y la participación es voluntaria.**

Si selecciona esta opción de pago, cada mes continuará pagando la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de nuestro plan para pagar sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). No hay ningún costo para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE).

Qué saber antes de participar

¿Cómo funciona?

Si decide afiliarse al PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE, cuando obtenga un medicamento recetado cubierto por la Parte D, no pagará a su farmacia (incluidas las farmacias de venta por correo y aquellas especializadas). En cambio, recibirá una factura cada mes de nuestro plan.

Aunque no pague sus medicamentos en la farmacia, seguirá siendo responsable de los costos. Si desea saber cuánto le costará su medicamento antes de llevárselo a casa, llámenos al número que aparece al final de esta página o pregunte al farmacéutico.

Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos mensuales, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos. Vaya a la página 5 para obtener información sobre Ayuda Adicional (Extra Help) y otros programas que podrían ahorrarle dinero, si califica.

¿Cómo se calcula mi factura mensual?

Su factura mensual se basa en lo que hubiera pagado por cualquier receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido entre la cantidad de meses restantes en el año. Todos los planes utilizan la misma fórmula para calcular sus pagos mensuales.

Vaya a la página 6 para ver ejemplos de cómo se calcula la factura mensual.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Sus pagos pueden cambiar cada mes, por lo que es posible que no sepa de antemano cuál será su factura exacta. Los pagos futuros pueden aumentar cuando obtenga un nuevo medicamento

recetado (o renueve un medicamento recetado existente) porque a medida que se agregan nuevos costos de bolsillo a su pago mensual, quedarán menos meses en el año para distribuir los pagos restantes.

En un solo año calendario (enero – diciembre), nunca pagará más de:

- El monto total que usted habría pagado de su bolsillo a la farmacia si no participara en esta opción de pago.
- El máximo de desembolso anual de la cobertura de medicamentos de Medicare (\$2,000 en 2025).

La ley de medicamentos recetados limita el costo de bolsillo de sus medicamentos a \$2,000 en 2025. **Esto es válido para todas las personas que tienen cobertura de medicamentos de Medicare, incluso si no participan en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.**

¿Esto me ayudará?

Depende de su situación. **Recuerde que esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos mensuales, pero no le permitirá ahorrar dinero ni reducirá sus costos en medicamentos.**

Es más probable que se beneficie de participar en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE si tiene costos altos en medicamentos a principios del año calendario. Si bien puede comenzar a participar en esta opción de pago en cualquier momento del año, comenzar más temprano (por ejemplo, antes de septiembre) le brinda más meses para distribuir los costos de sus medicamentos. Vaya a [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me), responda algunas preguntas y descubra si es probable que se beneficie con esta opción de pago.

Esta opción de pago puede no ser la mejor opción para usted si:

- Sus costos anuales en medicamentos son bajos.
- El costo de sus medicamentos es el mismo cada mes.
- Está considerando inscribirse en la opción de pago a finales del año calendario (después de septiembre).
- No quiere cambiar la forma en que paga sus medicamentos.
- Usted recibe o es elegible para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare.
- Usted obtiene o es elegible para un Programa de Ahorros de Medicare.
- Usted recibe ayuda para pagar sus medicamentos de otras organizaciones, como el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva York (EPIC), un programa de cupones u otra cobertura de salud.

Vaya a la página 5 para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle a reducir sus costos.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

¿Quién puede ayudarme a decidir si debo participar?

- **Su plan de salud:** Visite nuestro sitio web, www.centersplan.com o llámenos al número que aparece al final de esta página para obtener más información. Si necesita retirar una receta con urgencia, llámenos para analizar sus opciones.
- **Medicare:** Visite Medicare.gov/prescription-payment-plan para obtener más información sobre esta opción de pago y si podría ser una buena opción para usted.
- **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP):**
Visite <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance> o llame al 1-800-701-0501 y obtenga asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud.

¿Cómo me inscribo?

Si desea inscribirse en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare), puede inscribirse de la siguiente manera:

Teléfono:	Llámenos al 1-888-807-5717 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
En línea:	Visite mp.medimpact.com (nuestro portal para miembros de medicamentos recetados)
Por correo:	Complete el formulario que se encuentra al final de este documento y envíenoslo por correo en el sobre adjunto con franqueo pagado y estampillado. Si extravió el sobre, nuestra dirección es: Centers Plan for Healthy Living ATTN: PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE Election Form 75 Vanderbilt Avenue, Staten Island, NY 10304

- **En 2024, para el 2025:** Si desea participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare para 2025, contáctenos ahora. Su participación comenzará el 1 de enero de 2025.
- **Durante el 2025:** A partir del 1 de enero de 2025, puede comunicarse con nosotros para comenzar a participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento durante el año calendario.

Recuerde que esta opción de pago puede no ser la mejor opción para usted si se inscribe a finales del año calendario (después de septiembre). Esto se debe a que a medida que se agregan nuevos costos de medicamentos de bolsillo a su pago mensual, quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.

¿Qué pasa si quiero inscribirme en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE, pero necesito mis medicamentos con

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

urgencia?

Si necesita sus medicamentos con urgencia y no puede esperar 24 horas para que nuestro plan procese su solicitud de participación en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE, estamos obligados a reembolsarle lo que pagó por sus medicamentos dentro de los 45 días a partir de la fecha de su solicitud de participación en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE; pero solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- Usted cree que cualquier demora en la entrega de los medicamentos recetados —debido al plazo de 24 horas requerido para procesar la solicitud de inclusión— puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima;
- Usted solicita una elección retroactiva **dentro de las 72 horas siguientes** a la fecha y hora en que se procesaron los reclamos de medicamentos urgentes en la farmacia.

Si nuestro plan determina que usted no solicitó la elección retroactiva dentro del plazo requerido, le notificaremos de inmediato sobre la determinación y le brindaremos instrucciones sobre cómo puede presentar una queja.

Qué debo saber si participo

¿Qué pasa después de inscribirme?

Una vez que revisemos su solicitud de participación, le enviaremos una carta confirmando su participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE). Luego:

1. Cuando reciba una receta para un medicamento cubierto por la Parte D, le informaremos automáticamente a la farmacia que usted participa en esta opción de pago y no pagará a la farmacia por la receta.

Aunque no pague sus medicamentos en la farmacia, seguirá siendo responsable de los costos. Si quiere saber cuánto le costará su medicamento antes de llevárselo a casa, llámenos o pregunte al farmacéutico.

2. Cada mes, le enviaremos una factura con: el monto que debe por sus recetas, cuándo vence e información sobre cómo realizar el pago. Recibirá una factura separada por la prima de su plan mensual (si tiene una).

¿Cómo pago mi factura?

Después de que aprobemos su participación en el PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE, recibirá una carta nuestra con información sobre cómo pagar su factura.

¿Qué pasa si no pago mi factura?

Recibirá un recordatorio nuestro si se olvida de realizar un pago. Si no paga su factura antes de la fecha indicada en dicho recordatorio, será eliminado del PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE. Debe pagar la cantidad que debe, pero no pagará intereses ni tarifas, incluso si su pago se retrasa. Puede elegir pagar esa cantidad de una vez o que se le facture mensualmente. Si lo eliminan del Plan de pago de

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

medicamentos recetados de Medicare (PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE), **seguirá inscrito en nuestro plan.**

Pague siempre primero la prima mensual de su plan de salud (si tiene uno), para no perder su cobertura de medicamentos. Si le preocupa pagar tanto la prima mensual de su plan como las facturas del PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare), vaya a la página 5 para obtener información sobre los programas que pueden ayudarle a reducir sus costos.

Llámenos si cree que cometimos un error con su factura del PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.

Si cree que cometimos un error, tiene derecho a seguir el proceso de apelación y queja que se encuentra en el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura (disponible en www.centersplan.com).

¿Cómo me salgo?

Puede abandonar el PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE en cualquier momento contactándonos. Salirse no afectará su cobertura de medicamentos de Medicare ni otros beneficios de Medicare. Tenga en cuenta que:

- Si aún debe un saldo, deberá pagar el monto adeudado, incluso si ya no participa en esta opción de pago.
- Puede elegir pagar su saldo de una sola vez o que se le facture mensualmente.
- Pagará directamente a la farmacia los nuevos costos de bolsillo de medicamentos después de abandonar el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE).

¿Qué pasa si cambio de plan de salud o de medicamentos?

Si abandona nuestro plan, cambia a un nuevo plan de medicamentos de Medicare o cambia a un nuevo plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos), su participación en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE finalizará.

Comuníquese con su nuevo plan si desea volver a participar en PLAN DE PAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.

¿Qué programas pueden ayudarme a reducir mis costos?

Si tiene ingresos y recursos limitados, descubra si es elegible para uno de estos programas:

- **Ayuda Adicional (Extra Help):** Un programa de Medicare que ayuda a pagar sus costos de medicamentos de Medicare. Visite ssa.gov/medicare/part-d-extra-help para averiguar si califica y presentar su solicitud. También puede presentar su solicitud en la oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid). Visite Medicare.gov/ExtraHelp para obtener más información.
- **Programas de ahorro de Medicare:** Programas estatales que podrían ayudarle a pagar

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

parte o la totalidad de sus primas, deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Visite [Medicare.gov/medicare-savings-programs](https://www.medicare.gov/medicare-savings-programs) para obtener más información.

- **Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP):** Programas que podrían incluir cobertura para las primas de su plan de medicamentos de Medicare y/o costos compartidos. Las contribuciones de SPAP pueden contar para su límite de desembolso personal de cobertura de medicamentos de Medicare. Visite [go.medicare.gov/spap](https://www.medicare.gov/spap) o https://www.health.ny.gov/health_care/epic/, o llame al 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138) para obtener más información. El SPAP del estado de Nueva York se llama programa EPIC (Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores).
- **Programas de asistencia farmacéutica de fabricantes (a veces llamados Programas de Asistencia al Paciente (PAP)):** Programas de los fabricantes de medicamentos para ayudar a reducir los costos de los medicamentos para las personas con Medicare. Visite [go.medicare.gov/pap](https://www.medicare.gov/pap) para obtener más información.

Muchas personas califican para ahorrar y no se dan cuenta. Visite [Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.medicare.gov/basics/costs/help), o comuníquese con su oficina local del Seguro Social para obtener más información. Encuentre su oficina local del Seguro Social en ssa.gov/locator/.

¿Dónde puedo obtener más información?

- **Nuestro sitio web:** Visite www.centersplan.com o llámenos al número que aparece al final de esta página para obtener más información.
- **Medicare:** Visite [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Ejemplos de cómo se calcula una factura mensual

Ejemplo 1:

Usted toma varios medicamentos de alto costo que tienen un costo total de bolsillo de \$500 cada mes. En enero de 2025, usted se une al Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare a través de su plan de medicamentos de Medicare o su plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos.

Calculamos la factura del primer mes en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare de manera diferente a la factura del resto de los meses del año:

- **Primero, calculamos su "pago máximo posible" para el primer mes:**

\$2,000 [máximo de desembolso anual]
 – \$0 [sin costos de bolsillo antes de usar esta opción de pago]
 = \$2,000

12 [meses restantes del año]

- **A continuación, calculamos lo que pagará en enero:**

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

- = \$166.67 [su “pago máximo posible” para el primer mes]
- Compare sus costos totales de bolsillo para enero (\$500) con el “pago máximo posible” que acabamos de calcular: \$166,67.
 - Su **plan le facturará el menor de los dos montos**. Entonces, pagará \$166,67 por el mes de enero.
 - Tiene un saldo restante de \$333,33 (\$500-\$166,67).

Para febrero y el resto de meses que quedan del año, calculamos su pago de forma diferente:

\$333.33 [saldo restante] + \$500 [nuevos costos]	
= \$833.33	
11 [meses restantes del año]	= \$75.76 [su pago de febrero]

Calcularemos su pago de marzo como lo hicimos para febrero:

\$757.57 [saldo restante] + \$500 [nuevos costos]	
= \$1,257.57	
10 [meses restantes del año]	= \$125.76 [su pago de marzo]

En abril, cuando vuelva a renovar sus medicamentos recetados, alcanzará el máximo de desembolso anual de su bolsillo para el año (\$2,000 en 2025). Continuará pagando lo que ya debe y recibirá sus medicamentos recetados, pero después de abril no agregará ningún costo nuevo de su bolsillo durante el resto del año.

\$1,131.81 [saldo restante] + \$500 [nuevos costos]	
= \$1631.81	
9 [meses restantes del año]	= \$181.31 [su pago de abril y todos los meses restantes del año]

Aunque su pago varíe cada mes, al final del año **nunca pagará más de:**

- El monto total que usted habría pagado de su bolsillo.
- El máximo total de desembolso personal anual (\$2,000 en 2025).

Recuerde, este es solo su pago mensual por sus costos de medicamentos de bolsillo. Aún deberá pagar la prima de su plan de salud o de medicamentos (si tiene uno) cada mes.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Ejemplo 1: Comience a participar en enero con los altos costos de los medicamentos a principios de año

Mes	El costo de sus medicamentos (sin esta opción de pago)	Su pago mensual (con esta opción de pago)	Notas
Enero	\$500	\$166.67	Aquí es cuando usted empezó a participar en esta opción de pago. Recuerde, su factura del primer mes se basa en el cálculo del "pago máximo posible". Calculamos su factura para el resto de meses del año de forma diferente.
Febrero	\$500	\$75.76	
Marzo	\$500	\$125.76	
Abril	\$500	\$181.31	Este mes alcanzó el máximo de desembolso personal anual (\$2,000 en 2025). No tendrá que pagar de su bolsillo nuevos costos de medicamentos durante el resto del año.
Mayo	\$0.00	\$181.31 *	*Seguirá recibiendo sus medicamentos de \$500 cada mes, pero como ha alcanzado el máximo de desembolso anual, no agregará ningún costo de desembolso nuevo durante el resto del año. Continuará pagando lo que ya debe.
Junio	\$0.00	\$181.31 *	
Julio	\$0.00	\$181.31 *	
Agosto	\$0.00	\$181.31 *	
Septiembre	\$0.00	\$181.31 *	
Octubre	\$0.00	\$181.31 *	
Noviembre	\$0.00	\$181.31 *	
Diciembre	\$0.00	\$181.31 *	
Total	\$2,000.00	\$2,000.00	Pagará el mismo monto total por el año, incluso si no utiliza esta opción de pago.

Si le preocupa pagar \$500 cada mes de enero a abril, esta opción de pago le ayudará a administrar sus costos. Si prefiere pagar \$500 cada mes durante 4 meses y luego pagar \$0 por el resto del año, esta opción de pago podría no ser adecuada para usted. Comuníquese con su plan de salud o de medicamentos para obtener ayuda personalizada.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Ejemplo 2:

Usted toma varios medicamentos que tienen un costo total de bolsillo de \$80 cada mes. En enero de 2025, usted se une al Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare a través de su plan de medicamentos de Medicare o su plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos.

Calculamos la factura del primer mes en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare de manera diferente a la factura del resto de los meses del año:

- **Primero, calculamos su “pago máximo posible” para el primer mes:**

\$2,000 [máximo de desembolso anual]	
– \$0 [sin costos de bolsillo antes de usar esta opción de pago]	
= \$2,000	= \$166.67 [Su “pago máximo posible” para el primer mes]
12 [meses restantes del año]	

- **A continuación, calculamos lo que pagará en enero:**

- Compare sus costos totales de bolsillo para enero (\$80) con el “pago máximo posible” que acabamos de calcular: \$166,67.
- **Su plan le facturará el menor de los dos montos.** Entonces, pagará \$80 por el mes de enero.
- Tiene un saldo restante de \$0.

Para febrero y el resto de meses que quedan del año, calculamos su pago de forma diferente:

\$0 [saldo restante] + \$80 [nuevos costos] = \$80	
11 [meses restantes del año]	= \$7.27 [su pago de febrero]

Calcularemos su pago de marzo como lo hicimos para febrero:

\$72.73 [saldo restante] + \$80 [nuevos costos] = \$152.73	
10 [meses restantes del año]	= \$15.27 [su pago de marzo]

Aunque su pago varíe cada mes, al final del año **nunca pagará más de:**

- El monto total que usted habría pagado de su bolsillo.
- El máximo total de desembolso personal anual (\$2,000 en 2025).

Recuerde, este es solo su pago mensual por sus costos de medicamentos de bolsillo. Aún deberá pagar la prima de su plan de salud o de medicamentos (si tiene uno) cada mes.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Ejemplo 2: Empieza a participar en enero con costos consistentes durante todo el año

Mes	El costo de sus medicamentos (sin esta opción de pago)	Su pago mensual (con esta opción de pago)	Notas
Enero	\$80.00	\$80.00	Aquí es cuando empezó a utilizar esta opción de pago. Recuerde, su factura del primer mes se basa en el cálculo del "pago máximo posible". Calculamos su factura para el resto de meses del año de forma diferente.
Febrero	\$80.00	\$7.27	
Marzo	\$80.00	\$15.27	
Abril	\$80.00	\$24.16	
Mayo	\$80.00	\$34.16	
Junio	\$80.00	\$45.59	
Julio	\$80.00	\$58.93	
Agosto	\$80.00	\$74.92	
Septiembre	\$80.00	\$94.93	
Octubre	\$80.00	\$121.59	
Noviembre	\$80.00	\$161.59	
Diciembre	\$80.00	\$241.59	
Total	\$960.00	\$960.00	Pagará el mismo monto total por el año, incluso si no utiliza esta opción de pago.

Dependiendo de sus circunstancias específicas, es posible que no le resulte beneficioso utilizar esta opción de pago debido a los pagos más altos que comienzan en septiembre. Comuníquese con su plan de salud o de medicamentos para obtener ayuda personalizada.

Ejemplo 3:

Usted paga \$4 cada mes en costos de bolsillo por un medicamento recetado que usa regularmente. En abril de 2025, necesitará una nueva receta única que cuesta \$613, por lo que sus costos totales de bolsillo en abril serán \$617. Ese mismo mes, antes de renovar sus medicamentos recetados, usted decide participar en el Plan de pago de recetas médicas de Medicare a través de su plan de medicamentos de Medicare o su plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Calculamos la factura del primer mes en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare de manera diferente a la factura del resto de los meses del año:

• Primero, calculamos su “pago máximo posible” para el primer mes:

\$2,000 [máximo de desembolso anual]	
– \$12 [sus costos de bolsillo antes de usar esta opción de pago]	
= \$1,988	
	= \$220.89 [su “pago máximo posible” para el primer mes]
9 [meses restantes del año]	

• A continuación, calculamos lo que pagará en abril:

- Compare sus costos totales de bolsillo para abril (\$617) con el “pago máximo posible” que acabamos de calcular: \$220.89.
- **Su plan le facturará el menor de los dos montos.** Entonces, pagará \$220.89 por el mes de abril.
- Tiene un saldo restante de \$396,11 (\$617 – \$220.89).

Para mayo y el resto de meses que quedan del año, calculamos su pago de forma diferente:

\$396.11 [saldo restante] + \$4 [nuevos costos] = \$400.11	
	= \$50.01 [su pago de mayo]
8 [meses restantes del año]	

Sus pagos variarán a lo largo del año. Esto se debe a que está sumando costos de medicamentos durante el año, pero le quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.

Al final del año, nunca pagará más de:

- El monto total que usted habría pagado de su bolsillo.
- El máximo total de desembolso personal anual (\$2,000 en 2025).

Recuerde, este es solo su pago mensual por sus costos de medicamentos de bolsillo. Aún deberá pagar la prima de su plan de salud o de medicamentos (si tiene uno) cada mes.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Ejemplo 3: Comience a participar en abril con costos variables durante todo el año.

Mes	El costo de sus medicamentos (sin esta opción de pago)	Su pago mensual (con esta opción de pago)	Notas
Enero	\$4.00	\$4.00*	*Usted realizó estos pagos directamente a la farmacia antes de comenzar a participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.
Febrero	\$4.00	\$4.00*	
Marzo	\$4.00	\$4.00*	
Abril	\$617.00	\$220.89	Aquí es cuando empezó a utilizar esta opción de pago. Recuerde, su factura del primer mes se basa en el cálculo del "pago máximo posible". Calculamos su factura para el resto de meses del año de forma diferente.
Mayo	\$4.00	\$50.01	
Junio	\$4.00	\$50.59	
Julio	\$124.00	\$71.25	Este mes, necesita un medicamento que cuesta \$120, además de su medicamento de \$4. Siguiendo la misma fórmula que utilizamos en mayo, sus pagos aumentan porque está agregando costos de medicamentos durante el año, pero le quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.
Agosto	\$4.00	\$72.05	
Septiembre	\$4.00	\$73.05	
Octubre	\$124.00	\$114.39	Este mes, necesita un medicamento que cuesta \$120, además de su medicamento de \$4. Siguiendo la misma fórmula que utilizamos en mayo, sus pagos aumentan porque está agregando costos de medicamentos durante el año, pero le quedan menos meses en el año para distribuir sus pagos.
Noviembre	\$4.00	\$116.39	
Diciembre	\$4.00	\$120.38	
Total	\$901.00	\$901.00	Pagará el mismo monto total por el año, incluso si no utiliza esta opción de pago.

Si le preocupa pagar \$617 en abril, esta opción de pago le ayudará a distribuir sus costos en pagos mensuales que varían a lo largo del año. Si le preocupa tener que realizar pagos más altos más adelante en el año, esta opción de pago podría no ser la adecuada para usted. Comuníquese con su plan de salud o de medicamentos para obtener ayuda personalizada.

Los **miembros actuales**, pueden llamar al Servicio de Ayuda Farmacéutica al 1-888-807-5717 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

Los **posibles miembros**, deben llamar al Servicio de Atención al Miembro al 1-877-940-9330 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.



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.