



## Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago **opcional** que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar sus gastos de desembolso personal de los medicamentos de la Parte D de Medicare repartiéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir el costo de los medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los gastos de sus medicamentos recetados a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare.

### Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcional

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Número de Medicare ----- ID de CarePlus: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)      Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no introduzca un apartado de correos) a menos que esté experimentando una situación de falta de hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado (opcional): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (apartado postal permitido):  
Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetado de Medicare. CarePlus se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y acepto el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **CarePlus me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare.

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
Si completa este formulario para otra persona, rellene la sección siguiente. Su firma certifica que está autorizado por las leyes estatales para completar este formulario de participación y que dispone de la documentación que lo acredita si Medicare se la solicita.	
Nombre: _____ _____	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____ _____
N.º de teléfono: ( _____ ) _____	Relación con el participante: _____

## Cómo enviar este formulario

Puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en [CarePlusHealthPlans.com/MPPP](https://www.CarePlusHealthPlans.com/MPPP) o escanear este código QR para optar por participar en el programa.



Para presentar su solicitud por teléfono, llame a Servicios para Afiliados al **<1-800-794-5907>**; TTY: 711.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.> Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Para enviar este formulario por correo, diríjase a:

Medicare Prescription Payment Plan  
PO Box 14540  
Lexington, KY 40512-4540



## **Términos y condiciones del Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare**

Estos términos y condiciones (“Términos”) rigen el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de CarePlus Medicare (“el Programa”), incluida, según esté disponible, la participación en el Programa. Al participar en el Programa, acepta quedar vinculado por estos Términos. CarePlus puede cambiar estos términos basándose en las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y se reserva el derecho de cambiar estos Términos, pero le notificará cualquier cambio, según sea necesario.

### **Participación**

La participación en el Programa es voluntaria y solo puede extenderse hasta el final de cada año del plan. Deberá ser afiliado activo de CarePlus o de un plan de beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. También deberá haber pagado a CarePlus los saldos vencidos de cualquier participación en el Programa de un año anterior si su participación en el Programa se canceló anteriormente debido a saldos vencidos e impagos.

Si reúne los requisitos para participar en el Programa, puede inscribirse y desinscribirse en cualquier momento dentro del año del plan.

### **Facturación**

Al participar en el Programa, se compromete a pagar todos los gastos de medicamentos recetados de la Parte D cubiertos en los que incurra hasta la cantidad máxima de desembolso personal de \$2000 (podría ser menos en función de su plan), según lo permita la ley, repartidos entre los meses restantes del año del plan. Solo se le facturarán una vez por mes los medicamentos recetados de la Parte D obtenidos durante el mes anterior, repartidos entre los meses restantes del año. Usted comprende que sus pagos pueden aumentar en cada ciclo de facturación con cada medicamento adicional de la Parte D que obtenga. Mientras participe en el Programa, ya no pagará en el punto de venta de la farmacia (incluidas las farmacias de pedido por correo y de especialidad), sino que su plan, CarePlus, le facturará los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D que haya obtenido en la farmacia. Si obtuvo los medicamentos de la Parte D en la farmacia en diciembre, recibirá la última factura del año del plan en enero del año del plan siguiente.

Tendrá la opción de pagar a través de un portal web seguro, por teléfono o por correo. En la factura mensual, se indica cómo pagar el saldo.

### **Terminación**

La participación en el Programa no está garantizada. CarePlus le notificará si no efectúa un pago y le proporcionará los saldos vencidos en el estado de cuenta siguiente. Si no paga el saldo mínimo adeudado cada mes, se le concederá un período de gracia de dos meses antes de que se le dé de baja del Programa. Si el saldo mínimo adeudado y los pagos vencidos no se abonan durante el período de gracia de dos meses, se le dará de baja del Programa. A partir de ese momento, pagará los medicamentos recetados adicionales en el punto de venta de la farmacia. CarePlus le notificará cuando su participación haya terminado y CarePlus continuará facturándole los saldos vencidos adeudados mientras participaba en el Programa. CarePlus se reserva todos los derechos legales para cobrarle los saldos impagos. Podrá volver a participar en el Programa con CarePlus una vez que pague los saldos vencidos.



Se le dará de baja del Programa si cambia de plan de medicamentos recetados de la Parte D durante un año del plan en curso, incluso si cambia de plan dentro de CarePlus. Tendrá que volver a inscribirse para participar en el Programa con su nuevo plan de la Parte D. Si cambia de plan de medicamentos recetados de la Parte D, adeudará a CarePlus los saldos pendientes que haya tenido durante su participación en el Programa y tendrá que inscribirse con su nuevo plan de medicamentos recetados si desea seguir participando en el Programa. Los saldos no se trasladan a los nuevos planes de medicamentos recetados.

Si continúa pagando las primas exigidas, no se le dará de baja del plan de seguro de CarePlus si se le da de baja del Programa.

### **Comunicaciones**

Al participar en el Programa, acepta recibir comunicaciones telefónicas y por correo relativas al estado de su participación, estados de cuenta de facturación y notificaciones de atrasos en los pagos.

### **Disputas**

Si no está de acuerdo con nuestras decisiones, tiene derecho a solicitar a CarePlus que revise nuestra decisión. Debe presentar su disputa en un plazo de 60 días a partir del incidente o evento que dio lugar a la queja formal.

Grievances and Appeals Department  
P.O. Box 277810  
Miramar, FL 33027  
Número de Fax: **1-800-956-4288**  
Número de teléfono: **1-800-794-5907 (TTY:711)**

### **Divulgación de información:**

Al inscribirse en este Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (el Programa), usted reconoce que CarePlus y los proveedores en su nombre pueden compartir su información con Medicare, que puede utilizarla para hacer un seguimiento de su participación, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo).

### **Declaración de la Ley de Privacidad:**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar el cuidado y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 42 CFR §§ 422.50 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de la participación de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema nro 09-70-0588, "Medicamentos recetados de Medicare



Advantage (MARx)", del Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés). **Su respuesta en este formulario es voluntaria y no afectará a la inscripción en su Plan de Medicamentos Recetados de CarePlus.**

CarePlus trabaja con un proveedor externo (el "Proveedor") para ayudar a ofrecer el programa, incluido un sitio web para ver su cuenta, programar pagos, realizar pagos y revisar el historial de pagos. El Proveedor es propietario del sitio web y le concede una licencia no transferible, no exclusiva, revocable y limitada para utilizarlo. EL PROVEEDOR PROPORCIONA EL SITIO WEB "TAL Y COMO ESTÁ" Y "SEGÚN DISPONIBILIDAD" Y RECHAZA DE FORMA EXPRESA TODA GARANTÍA DE CUALQUIER TIPO, YA SEA EXPRESA, IMPLÍCITA O ESTATUTARIA. Si usted sospecha que su cuenta o contraseña han sido comprometidas, por favor notifíquelo de inmediato a CarePlus.