



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 o un Programa Estatal de Asistencia de Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcional

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Número de Medicare ----- _____ Id. de Humana: H _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____ / ____ / _____) N.º 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. Humana se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Humana 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.

Firma: _____	Fecha: _____
------------------------	------------------------

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 [Humana.com/MPPP](https://www.humana.com/MPPP) o escanear este código QR para optar por participar en el programa.



Para presentar su solicitud por teléfono, llámenos al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos.

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 Humana Medicare (“el Programa”), incluida, según esté disponible, la participación en el Programa. Al participar en el Programa, acepta quedar vinculado por estos Términos y los Términos de Uso. Humana puede cambiar estos términos basándose en las guías 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 Humana o de un plan de beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. También deberá haber pagado a Humana los balances vencidos de cualquier participación en el Programa de un año anterior si su participación en el Programa se canceló anteriormente debido a balances 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 dependiendo 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, Humana, 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 balance.

Terminación

La participación en el Programa no está garantizada. Humana le notificará si no efectúa un pago y le indicará los balances vencidos en el estado de cuenta siguiente. Si no paga el balance 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 balance mínimo adeudado y los pagos vencidos no se abonan durante el período de gracia de dos meses, se le desinscribirá del Programa. A partir de ese momento, pagará los medicamentos recetados adicionales en el punto de venta de la farmacia. Humana le notificará cuando su participación haya terminado y Humana continuará facturándole los balances vencidos adeudados mientras participaba en el Programa. Humana se



reserva todos los derechos legales para cobrar los balances impagos. Podrá volver a participar en el Programa con Humana una vez que pague los balances vencidos.

Se le desinscribirá 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 Humana. 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 Humana los balances 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 balances no se trasladan a los nuevos planes de medicamentos recetados.

Si continúa pagando las primas requeridas, no se le desafiliará del plan de seguro de Humana si se le desinscribe del Programa.

Comunicaciones

Al participar en el Programa, acepta recibir comunicaciones telefónicas y por correo sobre el estado de su participación, estados de cuenta de facturación y notificaciones de atrasos en los pagos. Puede recibir comunicaciones electrónicas, que incluyen recordatorios de pago, confirmaciones de pago, confirmación de pago automático y estado si tiene un correo electrónico registrado en Humana. Tendrá derecho a cancelar la suscripción de las notificaciones por correo electrónico relacionadas con este programa. Al cancelar la suscripción, dejará de recibir recordatorios electrónicos de pago y confirmaciones de estado de cuenta y facturación.

Disputas

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

Puede presentarla por correo postal, fax o teléfono ante el Departamento de Quejas Formales:

Humana Grievances and Appeals Dept.

P.O. Box 14165

Lexington, KY 40512-4165

Servicio al Cliente: **800-457-4708 (TTY:711)**

Fax: **800-949-2961**

Para presentar una queja formal en línea:

- Visite <https://es-www.Humana.com/exceptions> y complete y envíe el formulario en línea, o
- Inicie sesión en su cuenta de MyHumana y acceda al formulario de queja formal en la página Documentos y Formularios.



Divulgación de información:

Al inscribirse en este Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (el Programa), usted reconoce que Humana 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 a continuación).

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 afiliación de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la participación de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema n.º 09-70-0588, "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx, por sus siglas en inglés)", 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 Humana.**

Humana trabaja con un proveedor tercero ("Supplier") para ayudar a proporcionar al Programa con un sitio web donde puede ver su cuenta, agendar pagos, realizar pagos, y revisar su historial de pago. Supplier es propietario del sitio web y le otorga a usted una licencia no transferible, no exclusiva, revocable y limitada para utilizar su sitio web. SUPPLIER PROPORCIONA EL SITIO WEB DE MANERA "TAL CUAL" Y "TAL CUAL ESTÁ DISPONIBLE" Y EXONERA TODAS LAS GARANTÍAS DE TODO TIPO, YA SEAN EXPRESADAS, IMPLICADAS O REGLAMENTARIAS. Si usted sospecha que su cuenta o contraseña han sido comprometidas, notifique a Humana de una vez.