



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

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar el costo de los medicamentos recetados a través de programas como Ayuda adicional de Medicare o un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

### Completar todos los campos, excepto aquellos que estén marcados como opcionales

NOMBRE: APELLIDO: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (opcional):

Número de Medicare: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ( / / )

Número de teléfono: ( )

Dirección de la calle de residencia permanente (no ingresar un apartado postal a menos que esté en situación de desamparo):

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se admite un apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

### Leer y firmar a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. VNS Health Medicare (HMO) se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y que entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- VNS Health Medicare me enviará un aviso **en el que se me informará cuando esté activa mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare**. Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

Firma: Fecha:

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que, conforme a la ley estatal, está autorizado para completar este formulario de participación y que tiene documentación que respalde esta autoridad si Medicare la solicitara.

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

Número de teléfono: ( ) Relación con el participante:

### Cómo enviar este formulario

Puede llamarnos al 1-888-672-7205 para enviar su solicitud por teléfono.

**O** complete el formulario de solicitud de participación en línea en [medimpact.com](https://medimpact.com). **O**

Envíe por correo su formulario completo a:

MedImpact Medicare Operations | PO Box 509108 | San Diego, CA 92150

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-888-672-7205, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

1. **Participación voluntaria.** La inscripción en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (el “Programa”) es voluntaria y no es necesaria para obtener medicamentos recetados según la Parte D de Medicare.
2. **Solo medicamentos de la Parte D de Medicare.** El Programa solo se aplica a los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare. El Programa no se aplica a medicamentos cubiertos a través de la Parte A o la Parte B de Medicare, los beneficios o los servicios médicos, o cualquier otro beneficio complementario.
3. **Sin costo por participar.** Su participación en el Programa es completamente gratuita. Las personas inscritas pueden participar sin cargos por adelantado.
4. **Iguales costos totales.** La inscripción en el Programa no reduce el costo total de los medicamentos recetados, ni reduce el costo total que una persona paga de su bolsillo. Los participantes no reciben ningún descuento por inscribirse en el Programa.
5. **Sin intereses ni cargos adicionales.** El Programa no incluye intereses ni cargos adicionales por distribuir los pagos.
6. **Aviso de aceptación del formulario de elección.** Para comenzar a participar en el Programa, el participante debe recibir un “Aviso para confirmar la aceptación de la elección en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare” oficial por correo postal o electrónico, según el método de comunicación preferido y autorizado del participante.
7. **Duración de la participación en el Programa.** Si se acepta el Formulario de elección, la elección del participante estará en plena vigencia y efecto durante el año del plan o la parte restante del año del plan para el cual se ha hecho la elección, a menos que la elección sea terminada antes de manera voluntaria o no como se establece en este documento.
8. **Obligación de deuda.** La participación en el Programa no exime al participante de su obligación financiera. Cualquier pago mensual adeudado sigue siendo una deuda contraída por el participante.
9. **Facturación.** Un participante inscrito en el Programa no pagará los costos de su bolsillo en la farmacia (incluidas las farmacias especializadas y de pedidos por correo). 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 habría pagado por cualquier medicamento recetado que reciba más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año del plan.
10. **Los pagos mensuales no son fijos.** Es posible que los pagos mensuales de un participante cambien de un mes a otro, dado que los costos nuevos de los medicamentos que pagan de su bolsillo se suman al pago mensual cuando se surte un nuevo medicamento recetado o cuando se vuelve a surtir uno ya existente.
11. **Responsabilidad de los pagos.** Los participantes son los únicos responsables de garantizar que todos los pagos se realicen a tiempo. La falta de pago antes de la fecha de vencimiento podría dar lugar a la cancelación de la inscripción en el Programa.
12. **Período de gracia.** Se concederá un período de gracia de dos meses para los pagos atrasados. El período de gracia comienza el primer día del mes correspondiente al saldo impago o el primer día del mes siguiente a la fecha en que se solicita el pago, lo que suceda después.

13. **Terminación involuntaria.** Si los pagos no se realizan al final del período de gracia, la cancelación de la inscripción se producirá a partir del primer día del mes siguiente al final del período de gracia.
14. **Exclusión/Terminación voluntaria.** Los participantes pueden optar por no participar en el Programa en cualquier momento durante el año del plan. Al optar por no participar, el participante pagará cualquier costo nuevo de su bolsillo directamente a la farmacia. El participante también será responsable de pagar cualquier saldo restante, ya sea mediante una suma global o los 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. Estas notificaciones se proporcionarán de manera oportuna.
16. **Privacidad y seguridad de los datos.** Toda la información personal y de pago proporcionada por los participantes se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente a los fines 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 apelaciones y quejas de la Parte D establecidos por el plan de salud.
18. **Información de contacto.** Si tienen preguntas o necesitan ayuda con el Programa, los participantes deben comunicarse al 1-888-672-7205. Las personas con problemas de audición pueden llamar al (TTY) 711. Horario de atención: las 24 horas, 7 días a la semana.