

Formulario de solicitud para participación al Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare

El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cubierta actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos entre año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle 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 los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare (Extra Help) o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------|---------------------|--|
| PRIMER nombre: | | APELLIDOS: | | INICIAL (opcional): | |
| Número de Medicare: _____ - _____ - _____ | | | Número de Contrato: _____ | | |
| Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY) (____/____/____) | | Número de Teléfono: (____) _____ | | | |
| Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal a menos que se encuentre sin hogar): | | | | | |
| Pueblo: | | País (opcional): | Estado: | Código postal: | |
| Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal): | | | | | |
| Dirección: | | Pueblo: | Estado: | Código postal: | |

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare. MCS Classicare se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario, así como los términos y condiciones incluidos.
- **MCS Classicare me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare.

| | |
|---------------|---------------|
| Firma: | Fecha: |
|---------------|---------------|

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

| | |
|-------------------------|---|
| Nombre: | Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): |
| Número de Teléfono: () | Relación con la participante: |

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo a:

MCS Classicare
MCS Plaza
Departamento de Suscripción - Piso 11
255 Avenida Ponce de León
San Juan, P.R. 00917

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en <https://mimcs.mcsclassicare.com>, o llamarnos al 787-620-2530 (Área Metro) o 1-866-627-8183 (Llamada Gratuita) para enviar su solicitud a través de teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 787-620-2530 (Área Metro) o 1-866-627-8183 (Llamada Gratuita). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-627-8182.

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. H5577_2910824_C

Formulario de solicitud para participación al Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare Términos y Condiciones

1. **Participación Voluntaria.** La inscripción en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare (el “Programa”) es voluntaria y no es requerida para obtener medicamentos recetados bajo la Parte D de Medicare.
2. **Solo Medicamentos de la Parte D de Medicare.** El Programa solo es aplicable para los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Programa no aplica para los medicamentos cubiertos por la Parte A o B de Medicare, beneficios o servicios médicos o cualquier otro beneficio suplementario.
3. **Sin Costo para Unirse.** Es completamente gratuito el unirse al Programa. Los afiliados pueden participar sin ninguna tarifa de inscripción.
4. **Mismos Costos Totales.** La inscripción 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 inscribirse en el Programa.
5. **Sin Intereses ni Tarifas Adicionales.** El Programa no incluye intereses ni tarifas adicionales por distribuir los pagos.
6. **Notificación de Aceptación del Formulario de Solicitud para Participación.** Para comenzar la participación en el Programa, el participante debe recibir una "Notificación para Aceptar la Solicitud de Participación en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare" oficial por correo o electrónicamente, dependiendo del método de comunicación preferido y autorizado por el participante.
7. **Término de la Participación en el Programa.** Si se acepta el Formulario de Solicitud de Participación, la elección del participante estará en pleno vigor y efecto para 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 se termine de forma voluntaria o involuntaria como se establece aquí.
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 a cargo del participante.
9. **Facturación.** Un participante inscrito en el Programa no pagará costos de bolsillo en la farmacia (incluidas las farmacias de pedidos por correo y especializadas). El participante recibirá una factura cada mes por parte de su plan de salud. La factura mensual se basa en lo que el participante habría pagado por cualquier receta que obtenga, más el balance del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.
10. **Deducciones Automáticas.** Los participantes pueden optar por una deducción automática de pagos desde una cuenta bancaria o una cuenta de tarjeta de crédito o débito para asegurar pagos puntuales.

11. **Los Pagos Mensuales no son Fijos.** Los pagos mensuales de un participante pueden cambiar cada mes porque los nuevos costos de medicamentos de bolsillo se añaden al pago mensual al obtener una nueva receta o reabastecer una receta existente.
12. **Responsabilidad por los Pagos.** Los participantes son los únicos responsables de asegurar que todos los pagos se realicen a tiempo. La falta de pago antes de la fecha de vencimiento puede resultar en que se le termine involuntariamente del Programa.
13. **Periodo de Gracia.** Se proporcionará un período de gracia de dos meses para los pagos atrasados. El periodo de gracia comienza el primer día del mes para el cual el balance no se ha pagado o el primer día del mes siguiente a la fecha en que se solicita el pago, lo que sea más tarde.
14. **Terminación Involuntaria.** Si no se realizan los pagos al final del período de gracia, la terminación ocurrirá el primer día del mes siguiente al final del período de gracia.
15. **Opción por Salir/Terminación Voluntaria.** Los participantes pueden optar por salir del Programa en cualquier momento durante el año del plan. Al optar por salir, el participante pagará cualquier nuevo costo de su bolsillo directamente a la farmacia. El participante seguirá siendo responsable de pagar cualquier balance previo restante ya sea en un solo pago o terminando sus pagos mensuales.
16. **Modificaciones.** Los participantes serán notificados de cualquier cambio en los términos y condiciones del plan de pago, incluyendo cambios en los montos de pago, fechas de vencimiento u otra información relevante. Dichas notificaciones se proporcionarán de manera oportuna.
17. **Privacidad y Seguridad de los Datos.** Toda la información personal y de pago proporcionada por los participantes se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para los fines de administrar el Programa. MCS se compromete a proteger la privacidad y seguridad de la información de los participantes de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables.
18. **Resolución de Disputas.** Cualquier disputa que surja del Programa se resolverá de acuerdo con los procedimientos establecidos de apelaciones y quejas de la Parte D de MCS.
19. **Información de Contacto.** Para preguntas o asistencia con el Programa, los participantes deben contactar al Servicio al Cliente de MCS (Área Metropolitana) 787.620.2530, (Libre de Costo) 1.866.627.8183, Personas con discapacidad auditiva (TTY) 1.866.627.8182. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre el horario de servicio es el mismo, pero de lunes a sábado, excluyendo los domingos.

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. H5577_2910824_C