

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 un método de pago **opcional** que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de desembolso personal de medicamentos de la Parte D de Medicare, al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no es un medio para ahorrar 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 la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).
Llame a iCare al 800-777-4376 para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

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

Número de Medicare: C_____

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

Número de teléfono:
(____) _____

Dirección de residencia permanente (no ingrese un Apartado Postal a menos que no tenga hogar):

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite ingresar un Apartado Postal):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Quiero participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare para el:

☐ Año Actual del Plan

☐ Próximo Año del Plan

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. iCare se pondrá en contacto conmigo si necesitan más información.
- Comprendo que al firmar este formulario significa que he leído y entendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **iCare me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare esté activa.** Hasta entonces, comprendo que no estoy participando en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Comprendo que, si permanezco en el mismo plan médico o de medicamentos, iCare renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con iCare para optar por no participar.

Firma: _____

Fecha: _____

Si está completando este formulario en nombre de otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado por la Ley Estatal para completar este formulario de participación y que 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

Puede

- **enviar por correo electrónico este PDF completado al Departamento de Farmacia de iCare**
a pharmserv@icarehealthplan.org

O bien

- **puede enviar por correo su formulario completado (no es necesario incluir las páginas de Términos y Condiciones) a:**

iCare Health Plan

Pharmacy Department

1555 N RiverCenter Drive, Suite 206

Milwaukee, WI 53212

Términos y Condiciones del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Estos términos y condiciones (“Términos”) rigen el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare de iCare (“el Programa”), lo que incluye, según esté disponible, la participación en el Programa. Al participar en el Programa, usted acepta estar sujeto a estos Términos. iCare puede cambiar estos términos según las pautas del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”, por sus siglas en inglés) y se reserva el derecho de cambiar estos Términos, pero le notificará de 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 un afiliado activo de iCare o de un plan de beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. También deberá haber pagado cualquier saldo pendiente relacionado con su participación en el Programa de un año anterior a iCare si su participación en el Programa se canceló anteriormente debido a saldos vencidos y no pagados.

Si es elegible para participar en el Programa, puede optar por participar o darse de baja en cualquier momento dentro del año del plan.

Facturación

Al participar en el Programa, usted acepta pagar todos los costos cubiertos de medicamentos recetados de la Parte D incurridos, hasta la cantidad máxima de desembolso personal de \$2000 (podría ser menor según su plan), conforme a lo permitido por la ley, distribuidos durante los meses restantes del año del plan. Solo se le facturará una vez al mes por los medicamentos recetados de la Parte D obtenidos durante el mes anterior, distribuidos en 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. En todo momento mientras participe en el Programa, ya no pagará en el punto de venta de la farmacia (incluidas las farmacias especializadas y de pedidos por correo), pero se le facturará por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D que obtuvo en la farmacia de su plan, iCare. Si obtuvo medicamentos de la Parte D en la farmacia en diciembre, recibirá su última factura del año del plan en enero del siguiente año del plan.

La información sobre cómo pagar su saldo se le proporcionará en su factura mensual.

Terminación

La participación en el Programa no está garantizada. iCare le notificará si no realiza un pago y le proporcionará cualquier saldo vencido en el próximo estado de cuenta. Si no paga el saldo mínimo adeudado cada mes, se le aplicará un periodo de gracia de dos meses antes de que se cancele su participación en el Programa. Si el saldo mínimo adeudado y los pagos vencidos no se pagan dentro del período de gracia de dos meses, su participación en el Programa será cancelada. A partir de este momento, usted pagará cualquier medicamento recetado adicional en el punto de venta de la farmacia. iCare le notificará cuando su participación haya sido cancelada y continuará facturándole cualquier saldo vencido adeudado correspondiente a su participación en



Términos y Condiciones del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

el Programa. *iCare* se reserva todos los derechos legales de cobrarle saldos impagos. Puede volver a inscribirse en el Programa con *iCare* 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 el año actual del plan, incluso si cambia de plan dentro de *iCare*. Deberá volver a inscribirse para participar en el Programa bajo su nuevo plan de la Parte D. Si cambia de plan de medicamentos recetados de la Parte D, deberá abonar cualquier saldo adeudado pendiente a *iCare* durante su participación en el Programa y deberá inscribirse en su nuevo plan de medicamentos recetados si desea continuar participando en el Programa. Los saldos no se transfieren a nuevos planes de medicamentos recetados.

Si continúa pagando sus primas requeridas, no se le dará de baja de su plan de seguro de *iCare* si se cancela su inscripción en el Programa.

Comunicaciones

Al participar en el Programa, usted acepta recibir comunicaciones telefónicas y por correo con respecto al estado de su participación, estados de cuenta y avisos de vencimiento. Es posible que reciba comunicaciones electrónicas que incluyen recordatorios de pago, confirmaciones de pago, confirmación de pago automático y estado si tiene un correo electrónico registrado en *iCare*. Tendrá derecho a darse de baja de las notificaciones por correo electrónico relacionadas con este programa. Al darse de baja, ya no recibirá recordatorios de pago electrónicos ni confirmaciones sobre el estado de cuenta y la facturación.

Disputas

Si no está de acuerdo con nuestras decisiones, tiene derecho a solicitar a *iCare* que revise nuestra decisión. Usted debe enviar su disputa dentro de los 60 días posteriores al incidente o evento que causó la queja formal.

Grievance and Appeal Coordinator
Independent Care Health Plan
1555 N River Center Dr. Suite 206.
Milwaukee, WI 53212-3958
Attn: Apelaciones

Teléfono: 1-800-777-4376 x1076 o los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-947-3529
Fax: 1-414-918-7589
Correo electrónico: advocate@icarehealthplan.org
Horario de Atención del Plan: de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes



Términos y Condiciones del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Divulgación de información:

Al unirse a este Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (el Programa), usted reconoce que iCare y los proveedores en su nombre pueden compartir su información con Medicare, quienes pueden usarla para rastrear su participación, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información. (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).

Declaración de la Ley de Confidencialidad:

Los CMS recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la afiliación de los beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar el cuidado y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del 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 participación de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamento Recetado de Medicare Advantage (MARx, por sus siglas en inglés)", Sistema Núm. 09-70-0588. **Su respuesta a este formulario es voluntaria y no afectará la afiliación en su Plan de Medicamentos Recetados de iCare.**