

Formulario de Solicitud de Participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

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 una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-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 los costos de sus medicamentos recetados a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare. Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

PRIMER nombre: APELLIDO: Inicial del SEGUNDO nombre (opcional) :

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

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

Número de
teléfono: (_)

Domicilio 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 apartado postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Lea y Firme a Continuación

- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Doctors HealthCare Plans Inc. se comunicará conmigo si se necesita más información.
- Comprendo que firmar este formulario significa que he leído y comprendo el formulario y los términos y las condiciones.
- Doctors HealthCare Plans, Inc. me enviará un aviso para informarme cuando se active mi participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Hasta entonces, comprendo que no soy participante del Plan de Pago de Recetas de Medicare.

Firma:**Fecha:**

Si está completando este formulario para otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que usted está autorizado en virtud de la ley estatal para completar este formulario de participación y tiene documentación de esta autorización disponible si Medicare lo solicita.

Nombre:**Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):****Número de teléfono: ()****Relación con el participante:****Cómo enviar este formulario**

Puede enviar este Formulario de Solicitud de Participación a Doctors HealthCare Plans, Inc. por correo, llamándonos directamente a la información de contacto que se indica a continuación o a través de nuestro sitio web:

Envíe su formulario completo por correo a: Doctors HealthCare Plans, Inc., 2020 Ponce de Leon Blvd., PH1, Coral Gables, FL 33134;

También puede enviar un formulario de solicitud de participación por teléfono llamándonos directamente a: Doctors HealthCare Plans, Inc., Departamento de Servicios al Asociado, (786) 460-3427 o (833) 342-7463. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

O bien, puede completar el Formulario de Solicitud de Participación en línea en www.doctorshcp.com

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El Departamento de Servicios al Asociado también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

**Plan de pago de medicamentos recetados de
Medicare Términos y Condiciones del
Formulario de Solicitud de Elección**

- 1. Participación voluntaria.** La elección en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (el "Programa") es voluntaria y no es obligatoria para obtener medicamentos recetados bajo la Parte D de Medicare.
- 2. Solo medicamentos de la Parte D de Medicare.** El Programa solo es aplicable a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Programa no se aplica a los medicamentos cubiertos a través de la Parte A o la Parte B de Medicare, los beneficios y/o servicios médicos, o cualquier otro beneficio complementario.
- 3. Sin costo para unirse.** La participación en el programa es completamente gratuita. Los participantes pueden optar por participar sin ningún pago inicial.
- 4. Mismos costos totales.** La elección en el Programa no reduce el costo total de los medicamentos recetados, ni reduce la cantidad de dinero que una persona paga en costos totales de bolsillo. Los participantes no reciben ningún descuento por participar en el Programa.
- 5. Sin intereses ni cargos adicionales.** El Programa no incluye ningún interés o tarifa adicional 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 de Reconocimiento de Aceptación de Elección en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare" oficial por correo o electrónicamente, según el método de comunicación preferido y autorizado del participante.
- 7. Plazo de la participación en el Programa.** Si se acepta el Formulario de Elección, la elección del participante estará en pleno vigor y efecto durante el Año del Plan o la parte restante del Año del Plan para el cual se haya realizado la elección, a menos que la elección haya sido previamente terminada de manera voluntaria o involuntaria 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 impago sigue siendo una deuda del participante.
- 9. Facturación.** Un participante que haya optado por participar en el Programa no pagará los costos de 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 en el año del plan.
- 10. Los pagos mensuales no son fijos.** Los pagos mensuales de un participante pueden cambiar cada mes porque los nuevos costos de bolsillo de los medicamentos se agregan al pago mensual al surtir una nueva receta o al volver a surtir una receta 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 puede resultar en la terminación del Programa.
12. **Período de gracia.** Se concederá un periodo de gracia de dos meses para los pagos atrasados. El período de gracia comienza el primer día del mes para el cual el saldo está sin pagar o el primer día del mes siguiente a la fecha en que se solicita el pago, lo que ocurra más tarde.
13. **Terminación involuntaria.** Si los pagos no se realizan al final del período de gracia, la terminación del Programa 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 los nuevos costos de bolsillo directamente a la farmacia. El Participante también será responsable de pagar cualquier saldo restante, ya sea por una suma global o finalizando sus pagos mensuales.
15. **Modificaciones.** Los participantes serán notificados de 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. Dichas 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 con el fin 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 establecidos por Medicare Parte D del plan de salud.
18. **Información de contacto.** Si tienen preguntas o necesitan ayuda con el Programa, los participantes deben comunicarse con Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463. Las llamadas a este número son gratuitas. Las personas con discapacidades auditivas pueden llamar al (TTY) 711. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
19. Como participante de esta opción de pago voluntario, los participantes recibirán una factura mensual por el monto adeudado por las recetas surtidas.
20. El pago vencerá en la fecha indicada en la factura mensual.
21. Los participantes serán eliminados del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (a término involuntario) si el pago de los montos vencidos no se recibe antes del final del período de gracia. Cuando finalice la participación, el asociado será responsable de pagar directamente a la farmacia todos los nuevos costos de bolsillo de los medicamentos.



22. Los participantes pueden abandonar el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare en cualquier momento (plazo voluntario). Si el asociado aún debe un saldo, debe pagar el monto adeudado, aunque ya no participe en esta opción de pago.
23. Independientemente de cómo finalicen las participaciones, el asociado continuará recibiendo facturas mensuales por las recetas surtidas durante su participación en la opción de pago hasta que se pague todo el monto adeudado.
24. Si un participante es eliminado del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, NO podrá usar esta opción de pago en el futuro hasta que se haya pagado el monto adeudado.

Aviso de No Discriminación

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, credos, religión, origen nacional, edad, discapacidad, afiliaciones o creencias políticas, o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera, puede presentar una queja con:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles

2020 Ponce De Leon Blvd, PH1

Coral Gables, FL 33134

Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)

Fax: 786-578-0293,

Correo Electronico: civilrights@doctorshcp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA, AYUDAS AUXILIARES Y SERVICIOS

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids y services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-342-7463 (TTY:711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin carga adecuada apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463 (TTY:711) oswa pale avèk founisè w la.

Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم - (TTY: 711) (1-833-342-7463) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Chinese Traditional: 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。]

Chinese Simplified: 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463 (文本电话: (TTY:711) 或咨询您的服务提供商。

French: ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Gujarati: ધ્ યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ સ્ વસ્તુમાન આપવાની યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ હહન શુલ્ ક ઉપલબ્ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પરદાતા સાથે વાત કરો.

Italian: ATTENZIONE: Se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti per te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.”

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-342-7463 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”