Formulario de Solicitud de Participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago voluntaria que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo del plan Medicare Parte D, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos**

Esta opción de pago puede no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar sus medicamentos con programas como Extra Help de Medicare 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

Nombre :	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:

Numero de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _	VERDA Miembro ID: _____

Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA) (_____/_____/_____)	Numero de Telefono: ( )

Dirección de residencia permanente (no ingrese un P.O. Box a menos que esté sin hogar:

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

Dirección postal (si es diferente a su dirección permanente):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Verda Healthcare se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que al firmar este formulario, confirmo que he leído y comprendido su contenido.
- **Verda Healthcare me enviará una notificación cuando mi participación en el plan esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el programa Plan de pago de Medicamentos con receta de Medicare.

Verda Healthcare es una organización HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Verda Healthcare depende de la renovación del contrato. Verda Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

Firma:	**Fecha:**

Si está completando este formulario en nombre de otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que está autorizado legalmente a llenar este formulario y que puede presentar documentación de esta autoridad si Medicare lo solicita.

Nombre:	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):
Numero de Telefono: ( )	Relación con el participante:

Como enviar este formulario:

Usted tiene formas alternativas de elegir participar en el programa Plan de pagos de Medicare con Verda Healthcare:

TELEFONO
1-877-419-2604 (TTY 711)

WEBSITE
www.verdahealthcare.com/mppp

Correo Postal Envie su formulario completo a:
Verda Health Plan
7755 Center Avenue, Suite 1200
Huntington Beach, CA 92647

VIA FAX Y E-MAIL
Fax: 1-714-845-9841
E-mail: mppp@verdahealthcare.com

Usted también puede completar el formulario en línea en www.verdahealthcare.com/mppp o, Llámenos al 1-877-419-2604 (Lunes– Viernes 8:00 am – 8:00 pm excepto días festivos. Entre Octubre 1 – Marzo 31, representantes disponibles Lunes a Domingo 8:00 am – 8:00 pm). Usuarios de TTY llamen 711, para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda completando este formulario, Llámenos al 1-877-419-2604 (Lunes– Viernes 8:00 am – 8:00 pm excepto días festivos. Entre Octubre 1 – Marzo 31, representantes disponibles Lunes a Domingo 8:00 am – 8:00 pm). Usuarios de TTY llamen 711.

Términos y Condiciones para la Participación en el Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

1. Sin tarifas ni intereses
El Programa de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es gratuito. No cobra tarifas ni intereses, y no se requiere verificación de crédito para inscribirse

2. Notificación a la farmacia
Una vez aceptado en el programa, informaremos a su farmacia que está utilizando esta opción de pago.

3. Aplicabilidad
Esta opción de pago solo se aplica a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare procesados después de que se confirme su inscripción.

4. Costos compartidos
Cuando surta una receta de un medicamento elegible, pagará cero dólares en la farmacia. Sin embargo, seguirá siendo responsable de su parte del costo del medicamento según los beneficios de su plan de la Parte D, la cual se puede pagar mediante una factura mensual. Este programa no reduce la cantidad que debe pagar por su parte del costo compartido de las recetas de la Parte D.

5. Facturas mensuales
Cada mes recibirá una factura detallando el monto adeudado, la fecha límite de pago e información sobre cómo realizar el pago. Se requieren pagos mensuales mientras mantenga un saldo, pero puede pagar el total en cualquier momento. Es importante pagar mensualmente; su participación en el programa será cancelada si no paga antes del fin del período de gracia.

6. Cálculo de pagos mensuales
La fórmula para calcular el pago mensual mínimo (denominado “límite mensual máximo”) es diferente para el primer mes de participación en comparación con los meses restantes del año. El cálculo considera los costos anteriores y nuevos de los medicamentos de la Parte D, el número de meses restantes en el año del plan y el saldo pendiente. Por tanto, el monto puede variar de persona a persona y de mes a mes. Se espera que el saldo total se pague por completo antes del 31 de enero del siguiente año calendario.

7. Pagos omitidos
Si omite un pago, recibirá un aviso de recordatorio. Si no paga la factura antes de la fecha indicada, será eliminado del programa. Aun así, deberá pagar el saldo pendiente y podría no poder volver a inscribirse en el programa.

8. Cancelación voluntaria
Puede cancelar su participación en el programa en cualquier momento llamando al número en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Si cancela, seguirá siendo responsable de cualquier saldo pendiente. Después de cancelar, continuará recibiendo facturas mensuales hasta que pague el total adeudado.

Verda Healthcare es una organización HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Verda Healthcare depende de la renovación del contrato. Verda Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

9. Comunicaciones y notificaciones
Si proporciona un correo electrónico, participará automáticamente en la recepción de correos electrónicos importantes con información relacionada con el programa.

10. Baja del plan e inscripción en un nuevo plan
Si se da de baja de su plan actual por cualquier motivo o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, su participación en el programa finalizará. Sin embargo, seguirá recibiendo facturas mensuales por cualquier saldo pendiente hasta que se pague completamente. Usted sigue siendo responsable del monto adeudado. Podría volver a inscribirse en el programa comunicándose con su nuevo plan.

11. Actualización de dirección
La información de contacto o preferencias de comunicación que proporcione se utilizarán exclusivamente para el programa de pago de medicamentos. No se garantiza que esta información sea compartida con su plan de la Parte D. Asegúrese de notificar también a su patrocinador del plan.

12. Comunicaciones
Al proporcionarnos su información de contacto, usted autoriza que lo contactemos por cualquier medio que haya proporcionado en relación con información importante de su cuenta del programa. Esto incluye el uso de mensajes de texto para comunicaciones informativas o de servicio, pero no para llamadas de telemercadeo o ventas. También puede incluir contactos de empresas que trabajen en nuestro nombre para atender su cuenta.