

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. AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) me contactará si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y que entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos, y AmeriHealth Caritas VIP Care **me enviará un aviso para notificarme cuando esté activa mi participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** Entiendo que hasta entonces no soy participante en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

Firma:

Fecha:

Si está rellendo este formulario en nombre de otra persona, rellene el siguiente apartado. Si firma certifica que usted está autorizado conforme a las leyes del Estado a relleno este formulario de participación y que tiene documentación de esta autoridad en caso de que Medicare la solicite.

Nombre:

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

Número de teléfono: ()

Relación con el/la participante:

Cómo presentar este formulario

Envíe el formulario relleno a la dirección que se indica a continuación usando el sobre amarillo que se adjunta:

AmeriHealth Caritas VIP Care
P.O. Box 7139
London, KY 40742

O envíe por fax su formulario cumplimentado a:

1-855-822-9400

También puede relleno el formulario de solicitud de participación en línea, en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl, o llamarnos al **1-833-535-3767** para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para relleno este formulario, llámenos al **1-833-535-3767**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. Los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO-SNP con un contrato con Medicare un contrato con el programa Medicaid de Florida. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato.

Términos y condiciones de facturación del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Con los cambios en el ámbito de la atención médica, el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es un nuevo programa creado en virtud de la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act) que empezará a aplicarse a partir del 1 de enero de 2025.

Gracias por elegir AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y su atención. El pago por los servicios prestados es parte del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. AmeriHealth Caritas VIP Care debe proporcionar a los inscritos la opción de pagar los gastos de bolsillo de los medicamentos bajo receta en forma de pagos mensuales a lo largo del año del plan, en lugar de pagarlo todo a la vez en la farmacia.

Términos y condiciones de facturación: Los miembros del plan son responsables de efectuar los pagos necesarios por el costo compartido de los medicamentos cubiertos de la Parte D que generen mientras se encuentren en el programa del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Los participantes del programa pagarán \$0 a la farmacia por los medicamentos cubiertos de la Parte D, y AmeriHealth Caritas VIP Care entonces facturará mensualmente a los participantes del programa cualquier costo compartido que generen mientras se encuentren en el programa. AmeriHealth Caritas VIP Care pagará el costo total a las farmacias, de acuerdo con los requisitos de pronto pago de la Parte D.

AmeriHealth Caritas VIP Care está ofreciendo a los miembros del Plan esta oportunidad de establecer un plan de pago para los medicamentos bajo receta que usted toma. Este de plan de pago acordado autoriza a AmeriHealth Caritas VIP Care a facturar a los miembros en base a la información del expediente como método para cobrar el pago por los servicios prestados.

Cada mes, AmeriHealth Caritas VIP Care le enviará a usted una factura con el importe que usted debe por sus medicamentos bajo receta, cuándo debe pagarlo, y la información sobre cómo realizar el pago. Le llegará un recordatorio de AmeriHealth Caritas VIP Care si usted no realiza algún pago y se le concederá un período de gracia de 60 días para que realice los pagos atrasados.

Si usted no paga su factura antes de la fecha indicada en dicho recordatorio, se le eliminará del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Usted tendrá la oportunidad de oponerse a la cancelación de su participación en el plan de pago si existe una causa justificada para no pagar su factura mensual. Llame a su plan si considera que AmeriHealth Caritas VIP Care ha cometido un error en relación a su factura del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare o a la cancelación de su Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Tendrá la oportunidad de presentar una queja formal en relación a la cancelación de su participación. Puede encontrar el proceso de quejas formales en su Evidencia de Cobertura.

Usted está obligado/a pagar la cantidad que debe, pero no pagará intereses ni comisiones ni siquiera si se retrasa en el pago. Si se le retira del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, seguirá estando inscrito/a en su plan médico o de medicamentos de Medicare.

La retirada no afectará a su cobertura de medicamentos de Medicare ni a otros beneficios de Medicare. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si aún tiene un saldo pendiente, debe pagar la cantidad que debe, incluso si ya no participa en esta opción de pago.
- Puede elegir pagar su saldo de una sola vez o mensualmente.
- Pagará a la farmacia directamente los nuevos gastos de bolsillo de los medicamentos después de dejar el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

Si no se recibe su pago en la fecha de vencimiento indicada en la factura, es posible que reciba un aviso de cancelación del programa de Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

Para los pagos a cuenta de su saldo, se espera de usted que:

- Efectúe los pagos según lo acordado sin incurrir en impago.
- Efectúe los pagos hasta que el saldo pendiente de su cuenta sea de cero dólares (\$0).

Para su comodidad, AmeriHealth Caritas VIP Care ofrece este plan de pago sin cargos financieros ni intereses. Si recibimos los pagos periódicos que se establecen en este acuerdo, AmeriHealth Caritas VIP Care no llevará a cabo ninguna acción adicional de recaudación en su cuenta. Si sigue teniendo un saldo pendiente que se traslada a un nuevo año natural, seguirá estando obligado/a a efectuar dicho pago.

La firma de la solicitud de participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare se considerará vinculante de estos términos y condiciones de facturación.