

Términos y condiciones del formulario de solicitud de inscripción del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

1. **Participación voluntaria.** La inscripción en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (el "Programa") es voluntaria y no es obligatoria para obtener medicamentos recetados en virtud de la Parte D de Medicare.
2. **Únicamente para medicamentos de la Parte D de Medicare.** El Programa es aplicable únicamente a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Programa no aplica para medicamentos cubiertos a través de la Parte A o la Parte B de Medicare, beneficios o servicios médicos, o cualquier otro beneficio complementario.
3. **Inscripción gratuita.** La inscripción en el Programa es completamente gratuita. Los participantes pueden inscribirse sin ninguna tarifa inicial.
4. **Mismos costos totales.** La inscripción en el Programa no reduce el costo total de los medicamentos recetados, ni el total de dinero que una persona paga de gastos de bolsillo. Los participantes no reciben ningún descuento por participar en el Programa.
5. **Sin intereses ni tarifas adicionales.** El Programa no incluye intereses ni tarifas adicionales por distribuir los pagos.
6. **Aviso de aceptación del formulario de inscripción.** Para comenzar a participar en el Programa, el participante debe recibir un "Aviso de reconocimiento de aceptación de la inscripción en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare" oficial por correo postal o correo electrónico, según el método de comunicación preferido y autorizado por el participante.
7. **Plazo de participación en el Programa.** Si el formulario de inscripción es aceptado, la inscripción del participante estará en plena vigencia y efecto para el año del plan o el resto del año del plan para el que se ha realizado la inscripción, a menos que, anteriormente, la inscripción sea cancelada voluntaria o involuntariamente conforme a lo establecido en este documento.
8. **Obligación de deuda.** La participación en el Programa no exime al participante de su obligación financiera. Cualquier pago mensual pendiente sigue siendo una deuda del participante.
9. **Facturación.** Un participante inscrito en el Programa no pagará los gastos de bolsillo en la farmacia (incluidas las farmacias de pedido por correo y las especializadas). El participante recibirá una factura mensual del plan de salud o del proveedor autorizado por este. La factura mensual se basa en lo que el participante habría pagado por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año del plan.



1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502



855-969-5882



www.prominencehealthplan.com | www.prominencemedicare.com

10. **Los pagos mensuales no son fijos.** Los pagos mensuales de un participante pueden cambiar todos los meses porque, al surtir una nueva receta o reponer una existente, los nuevos gastos de bolsillo de los medicamentos se agregan al pago mensual.
11. **Responsabilidad por los pagos.** Los participantes son los únicos responsables de garantizar que todos los pagos se realicen a tiempo. No realizar los pagos antes de la fecha de vencimiento puede dar lugar a la cancelación del Programa.
12. **Período de gracia.** Se proporcionará un período de gracia de dos meses para los pagos atrasados. El período de gracia comienza el primer día del mes en el que el saldo está impago, o el primer día del mes siguiente a la fecha en la que se solicita el pago, lo que ocurra más tarde.
13. **Cancelación involuntaria.** Si los pagos no se realizan antes del final del período de gracia, la cancelación del Programa ocurrirá a partir del primer día del mes siguiente a la finalización del período de gracia.
14. **Exclusión o cancelación voluntaria.** Los participantes pueden optar por no participar del Programa en cualquier momento durante el año del plan. Al optar por no participar, el participante pagará los nuevos gastos de bolsillo directamente a la farmacia. El Participante también será responsable de pagar cualquier saldo restante, ya sea mediante un pago único o finalizando sus pagos mensuales.
15. **Modificaciones.** Se notificará a los participantes sobre 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 importante. Dichas notificaciones se informarán de manera oportuna.
16. **Privacidad y seguridad de los datos.** Toda la información personal y de pago proporcionada por los participantes será confidencial y se utilizará únicamente con el fin de administrar el Programa. La privacidad y la seguridad de la información de los participantes se tratará de conformidad con las leyes y regulaciones vigentes.
17. **Resolución de disputas.** Cualquier disputa que surja del Programa se resolverá de conformidad con los procesos establecidos de apelaciones y reclamos de la Parte D de Medicare del plan de salud.
18. **Información de contacto.** Si tienen preguntas o necesitan ayuda con el Programa, los participantes deben comunicarse con Servicios para miembros al 855-969-5882. Las personas con un impedimento auditivo pueden llamar al (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.