

Plan de pago de recetas de Medicare
Formulario de solicitud de participación (2026)

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos para ayudarle a administrar el costo de los medicamentos de la Parte D de Medicare que debe pagar de su bolsillo distribuyéndolo a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar los gastos pero no le hace ahorrar dinero ni disminuye el costo de sus medicamentos.**

Esta opción de pago puede no ser la mejor para usted si: recibe ayuda para pagar el costo de sus medicamentos recetados mediante programas como Ayuda Adicional de Medicare o como el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que se indique que es opcional

PRIMER nombre:	APELLIDO:	INICIAL del segundo nombre (opcional):
----------------	-----------	--

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____)	Número de teléfono: ()
---	--------------------------------

Dirección del domicilio permanente (no indique una casilla de correo a menos que usted no tenga un hogar):

Ciudad:	Condado (Opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección postal, si es distinta a la de su domicilio (se permite una casilla de correo):

Dirección Calle:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Lea y firme abajo

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de recetas de Medicare en 2026. Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP) se pondrá en contacto conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que al firmar este formulario esto significa que he leído y entiendo este formulario y los términos y las condiciones que se adjuntan.
- Neighborhood Dual CONNECT me enviará un aviso para informarme cuando esté activa mi participación en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Hasta ese momento, entiendo que no estoy participando en el Plan de Pago de Recetas de Medicare.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Si está completando este formulario en nombre de otra persona, complete la sección abajo. Su firma certifica que usted es una persona autorizada por la legislación del Estado para completar este formulario de participación y que cuenta con la documentación de esta autoridad a la disposición si Medicare la pide.

Nombre:	Dirección (Calle, Ciudad, Estado y código postal):
---------	--

Número de teléfono: ()	Relación con el participante:
-----------------------------	-------------------------------

Cómo presentar este formulario

También puede completar este formulario de solicitud de participación en línea en www.caremark.com/MPPP o llamarnos al 1-844-812-6896 (TTY 711) para presentar la solicitud por teléfono.

Envíe el formulario completado a:

Neighborhood Dual CONNECT
Plan de Pago de Recetas de Medicare
P.O. Box 7
Pittsburgh, PA 15230

En caso de preguntas o si necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-844-812-6896, los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo. A partir del 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes, o dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y feriados federales.

Términos y condiciones del plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es un programa voluntario que le permite distribuir sus costos de bolsillo para los medicamentos que están cubiertos por la Parte D en los meses restantes del año del plan. El programa no afecta el costo total de sus recetas. Todas las primas aplicables del plan se facturan y se deben pagar por separado del resumen de facturación del Plan de pago de recetas de Medicare. Si opta por incluirse en el programa, usted (o su representante autorizado) indican que comprenden estos términos y condiciones del Plan de pago de recetas de Medicare. Acepta que será financieramente responsable de todos los importes facturados en este programa. Si no paga los importes de este programa, quedará excluido de este y no se le permitirá reincorporarse hasta que se paguen en su totalidad todos los importes adeudados. Puede elegir abandonar el programa en cualquier momento; sin embargo, todos los importes pendientes adeudados se facturarán y deberán pagarse.