

**Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare
Formulário de pedido de participação (2027)**

O Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare é uma opção de pagamento voluntária que funciona com a sua cobertura atual de medicamentos, ajudando a gerir as suas despesas próprias com medicamentos abrangidos pelo seu plano, distribuindo esses custos ao longo do ano civil (janeiro a dezembro). **Esta opção de pagamento pode ajudá-lo(a) a gerir melhor as suas despesas, mas não reduz o preço dos medicamentos nem gera poupança.**

Esta opção de pagamento **pode** não ser a melhor escolha para si se já recebe ajuda para pagar os custos dos seus medicamentos através de programas como o Extra Help do Medicare ou um State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). Contacte o seu plano para obter mais informações.

Preencha todos os campos, exceto os assinalados como opcionais

PRIMEIRO nome:	APELIDO:	Inicial do MEIO (opcional):
----------------	----------	-----------------------------

Número do Medicare: _____ - _____ - _____

Data de nascimento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____)	Número de telefone: (____) _____
--	-------------------------------------

Morada permanente (não indique um apartado a menos que esteja em situação de sem-abrigo):

Cidade:	Concelho (opcional):	Estado:	Código Postal:
---------	----------------------	---------	----------------

Morada para correspondência, se diferente da morada permanente (apartado permitido):

Endereço:

Cidade:	Estado:	Código Postal:
---------	---------	----------------

Leia e assine abaixo

- Declaro compreender que este formulário constitui um pedido para participar no Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare em 2027. O Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP) entrará em contacto comigo caso necessite de mais informações.
- Declaro compreender que, ao assinar este formulário, confirmo ter lido e compreendido o formulário e os termos e condições anexos.
- **O Neighborhood Dual CONNECT informará quando a minha participação no Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare estiver ativa.** Até lá, compreendo que não sou participante do Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare.
- Declaro compreender que, se permanecer no mesmo plano de saúde ou de medicamentos, o Neighborhood Dual CONNECT renovará automaticamente a minha participação no Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare no início de cada ano civil, a menos que contacte o Neighborhood Dual CONNECT para cancelar.

Assinatura:	Data:
-------------	-------

Se estiver a preencher este formulário em nome de outra pessoa, complete a secção abaixo. A sua assinatura certifica que está autorizado(a), de acordo com a lei estadual, a preencher este formulário de participação e que possui documentação dessa autorização disponível caso o Medicare a solicite.

Nome:	Morada (Rua, Cidade, Estado e Código Postal):
-------	---

Número de telefone: (____) _____	Relação com o participante:
----------------------------------	-----------------------------

Como enviar este formulário

Também pode preencher o formulário de pedido de participação online em www.caremark.com/MPPP ou ligar para 1-844-812-6896 para enviar o seu pedido por telefone.

Envie o formulário preenchido para:

Neighborhood Dual CONNECT
Medicare Prescription Payment Plan
P.O. Box 7
Pittsburgh, PA 15230

Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para 1-844-812-6896. Utilizadores TTY podem ligar para 711, das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, pode contactar-nos das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais).

Condições do Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare

O Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare é um programa voluntário que lhe permite distribuir os seus custos diretos de medicamentos abrangidos pela Parte D ao longo dos meses restantes do ano do plano. O programa não altera o custo total da sua medicação. Quaisquer prémios aplicáveis são faturados e devem ser pagos separadamente da fatura de cobrança do Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare. Ao aderir ao programa (ou através do seu representante autorizado), está a indicar que leu e compreendeu os termos e condições do Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare. Está a assumir a responsabilidade financeira por todos os montantes faturados ao abrigo do programa. Se não pagar os valores devidos ao abrigo do programa, será excluído(a) do mesmo e não poderá voltar a inscrever-se até que os valores em dívida sejam pagos na totalidade. Pode optar por sair do programa a qualquer momento; no entanto, quaisquer valores pendentes continuarão a ser faturados e devem ser liquidados.

O Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island é um plano de saúde que tem contrato com o Medicare e o Medicaid Program de Rhode Island. A inscrição no plano Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.