Plan de pago de recetas de Medicare
Formulario de solicitud de participación (2027)

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por su plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ofrece descuentos en los costos ni costos más bajos para sus medicamentos.**

La opción de pago **podría** no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta mediante programas como Ayuda adicional de Medicare o un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP). Comuníquese con el plan para obtener más información.

Complete todos los campos, a menos que se indique que son opcionales

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):

Número de Medicare: _____-_____-_____

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

Dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal a menos que no tenga hogar):

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

Dirección de correo postal, si es diferente de la dirección permanente (se permiten las casillas postales):
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 recetas de Medicare en 2027. FEP Medicare Prescription Drug Program (MPDP) se pondrá en contacto conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entendido este formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **FEP Medicare Prescription Drug Program (MPDP) me avisará cuando mi participación en el Plan de pago de recetas de Medicare esté activa.** Hasta ese momento, comprendo que no participo en el Plan de pago de recetas de Medicare.
- Entiendo que, si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, FEP Medicare Prescription Drug Program (MPDP) renovará automáticamente mi participación en el Plan de pago de recetas de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con FEP Medicare Prescription Drug Program (MPDP) para optar por no participar.

Firma:	**Fecha:**

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la sección a continuación. Su firma certifica que usted está autorizado, según la ley estatal, para completar este formulario de participación y que tiene disponible documentación que pruebe esta autorización si Medicare la solicita.

Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal):
Número de teléfono: ( )	Vínculo con el participante:

Cómo enviar este formulario

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en caremark.com/mppp o llamarnos al 1-888-338-7737 para enviar su solicitud por teléfono.

Envíe el formulario completo a:

FEP Medicare Prescription Drug Program (MPDP)
Medicare Prescription Payment Plan
P.O. Box 7
Pittsburgh, PA 15230

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-888-338-7737, Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, 24 horas al día, siete días de la semana.

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.