



**Plan de pago de recetas de Medicare
Formulario de solicitud de participación**

El plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D de Medicare, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede 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

- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de recetas de Medicare. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entendido este formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) me enviará un aviso para informarme 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.

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 AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o llamarnos al **1-855-463-0933 (TTY: 711)** para enviar su solicitud por teléfono.

Envíe el formulario completo a:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Medicare Prescription Payment Plan
P.O. Box 7
Pittsburgh, PA 15230

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-855-463-0933 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 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.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que combina su cobertura de Medicare y Medicaid en un solo plan.

©2025 Aetna Inc.

H1610_NR_6343953_2026_SP_C

Notice of Availability

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document.
(English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በዚህ ሰነድ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على هذا المستند.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf diesem Dokument an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, इस दस्तावेज़ पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero indicato su questo documento. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、本書に記載の番号にお電話ください。
(Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 본 서류에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오.
(Korean)

(Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی این نوشته تماس بگیرید.

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, proszę zadzwonoć numer telefonu w tym dokumencie. (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta neste documento. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, номер которого приведен в этом документе. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en este documento. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Notice of Availability

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اس دستاویز پر درج نمبر پر بات کریں۔

(Dari) برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره این سند تماس بگیرید.

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, ఈ ప్రతంపె ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

lji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na dọkụment a. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নথিতে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

(Pashto) د ژبې خدمتونو ته د لاسرسی لپاره پرته له کوم لګښت څخه په دې سند کې شمیرې ته زنگ ووهئ.

H1610_2025_V3