

## Formulario de solicitud de participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo de medicamentos de la Parte D de Medicare distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos.**

Esta opción de pago podría no ser la mejor opción para usted si recibe ayuda para pagar los costos de sus medicamentos con receta a través de programas como Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Llame a su plan para obtener más información.

### Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcionales

PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Inicial del SEGUNDO nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)      Teléfono:  
(      /      /      )      (      )

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal a menos que se encuentre sin vivienda):

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

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Lea y firme abajo**

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Capital Rx en nombre de Memorial Hermann Health Plan se comunicará conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que leí y entendí el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Capital Rx en nombre de Memorial Hermann Health Plan me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no soy participante del Plan de Pago de Medicamentos con receta de Medicare.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

Si está completando este formulario para otra persona, complete la sección de abajo. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal para completar este formulario de participación y tiene documentación de esta autoridad disponible si Medicare se la pide.

Nombre:	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):
---------	---

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

**Cómo entregar este formulario**

1. **En línea:** Visite su portal de miembros para solicitar de manera rápida y sencilla su participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare en [app.cap-rx.com/?client=mhhpma](http://app.cap-rx.com/?client=mhhpma)
2. **Email:** Complete el formulario y envíelo por correo electrónico a [M3P-Election@cap-rx.com](mailto:M3P-Election@cap-rx.com).
3. **Teléfono:** Llame a Atención al Cliente marcando [1-888-227-7940](tel:1-888-227-7940) para obtener ayuda para pedir ayuda para participar en el programa.
4. **Correo:** Complete el formulario y envíelo por correo a:

**Capital Rx**  
**Attn: M3P Elections**  
**9450 SW Gemini Dr., Suite 87234**  
**Beaverton, Oregon 97008-7105**

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a Capital Rx al **888.227.7940**. El servicio de atención al cliente de Capital Rx está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

**Términos y condiciones**

Usted declara y entiende que debe ser miembro de la Parte D de Medicare para participar en este programa. Usted reconoce y acepta que su participación en el programa del Plan de medicamentos con receta de Medicare (MPPP) no la exige la ley y es un programa voluntario administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). CMS puede ajustar los requisitos del programa MPPP en cualquier momento, y usted reconoce que dichos cambios pueden afectar su posición en el programa MPPP, cómo puede funcionar el programa MPPP u otros aspectos del programa. Cuando participa en el MPPP, usted acepta reembolsar todos y cada uno de los costos de medicamentos recetados aplicables en los que incurra durante su participación en el programa MPPP. Además, usted reconoce que se puede comunicar su información privada, incluyendo la información médica protegida, a entidades de terceros para prestarle ciertos servicios o funciones del programa MPPP. Consulte la Política de privacidad de Capital Rx en <https://www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacypolicy> para obtener más información. Al usar cualquiera de las plataformas digitales de MPPP, usted entiende que el contenido, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de sus respectivos propietarios y están protegidos por las leyes de derechos de autor.