

# Solicitud de Participación

## Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare



### Instrucciones para Completar este Formulario

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago voluntaria incluida en su cobertura de medicamentos actual. En esta se distribuyen, a lo largo de todo el año calendario (de enero a diciembre), los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D de Medicare para ayudarle a administrarlos. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

Esta puede 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), o si se inscribe más adelante en el año calendario (después de septiembre). Llame a la línea de ayuda del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare de MVP al 1-844-889-9792 (TTY 711) para obtener más información.

**Motivo de la solicitud** (seleccione una opción):  Solicitud nueva  Cambio en la solicitud actual  
 Cancelación

### Sección 1: Información del Miembro

Complete todos los campos a menos que estén marcados como “opcional”.

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre (opcional):
Número de Medicare ____ - ____ - ____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ( ____ / ____ / ____ )	Número de teléfono ( ____ )

**Domicilio de residencia permanente (no ingrese la dirección de un apartado de correos a menos que no tenga hogar):**

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado (opcional)
-----------	--------	--------	---------------	--------------------

**Dirección postal, si es diferente a su residencia permanente (se permite la dirección de un apartado de correos):**

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

### Sección 2: Lea y Firme a Continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. MVP Health Care® (MVP) se comunicará conmigo si necesita más información
- Entiendo que, si firmo este formulario, significa que he leído y que comprendo el formulario y los términos y condiciones
- Entiendo que recibiré una llamada telefónica automática de confirmación y un aviso por escrito de parte de MVP para informarme cuando mi participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare esté activa. También entiendo que, hasta ese entonces, no seré participante del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

**Al firmar a continuación, doy fe de que la información que brindé en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender.**

Firma del miembro

Nombre del miembro (en letra de imprenta)

Fecha de la firma

## Si está Completando Este Formulario por Otra Persona, Complete la Siguiete Sección:

Su firma certifica que la ley estatal le autorizó a llenar este formulario de participación y a tener a su disposición documentación de esta autoridad si Medicare lo solicita.

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre (opcional):	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono: (      )	Relación con el participante:		

## Cómo Enviar Este Formulario:

Imprima y envíe por correo el formulario completado a la siguiente dirección:

MVP HEALTH CARE  
ATTN: MEDICARE ENROLLMENT DEPT - M3P  
625 STATE STREET  
SCHENECTADY NY 12301-2207

También puede elegir participar en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare en línea. Para obtener más información, visite [mvphealthcare.com/RxPaymentPlan](http://mvphealthcare.com/RxPaymentPlan). O bien, llámenos al **1-844-889-9792** para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario, llame a la línea de ayuda del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare de MVP al **1-844-889-9792** (TTY 711). Los representantes están disponibles los siete días de la semana, 8 am–8 pm, hora del este, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, 8 am–8 pm.

## Términos y Condiciones:

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es un programa voluntario que permite a los miembros distribuir los costos que pagan de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D cubiertos a lo largo de los meses restantes del año del plan. El programa no afecta las primas del plan, que se facturan y deben pagarse por separado. Al inscribirse en el programa, el miembro (o el representante autorizado del miembro) confirma que entiende estos términos y condiciones del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. El miembro asume la responsabilidad económica de todos los montos facturados del programa. Se quitará del programa a los miembros que no paguen los montos que adeudan del programa y no se les permitirá reinscribirse hasta que paguen todas sus deudas. Los miembros pueden abandonar el programa en cualquier momento; sin embargo, las deudas pendientes se seguirán facturando y deben pagarse.