



Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare es una **opción** de pago **opcional** que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar sus gastos de desembolso personal de los medicamentos de la Parte D de Medicare repartiéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir el costo de los medicamentos.**

Es posible que esta opción de pago no sea la mejor para usted si recibe ayuda para pagar los gastos de sus medicamentos recetados a través de programas como la Ayuda Adicional de Medicare o un Programa Estatal de Asistencia de Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés). Llame a su plan para obtener más información.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcional

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

Número de Medicare: _____ Id. de Humana: H _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____ / ____ / _____) N.º de teléfono: (____) _____

Dirección de residencia permanente (no introduzca un apartado de correos) a menos que esté experimentando una situación de falta de hogar: _____

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (apartado postal permitido):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetado de Medicare. Humana se pondrá en contacto conmigo si necesita más información.
- Entiendo que firmar este formulario significa que he leído y entiendo el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- **Humana me enviará un aviso para informarme cuando mi participación en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados esté activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Plan de Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma: _____

Fecha: _____

Si completa este formulario para otra persona, rellene la sección siguiente. Su firma certifica que está autorizado por las leyes estatales para completar este formulario de participación y que dispone de la documentación que lo acredita si Medicare se la solicita.

Nombre:

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

N.º de teléfono: (_____) _____

Relación con el participante: _____

Cómo enviar este formulario

Puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en [Humana.com/MPPP](https://www.humana.com/MPPP) o escanear este código QR para optar por participar en el programa.



Para presentar su solicitud por teléfono, llámenos al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos.

Para enviar este formulario por correo, diríjase a:

Medicare Prescription Payment Plan
PO Box 14540
Lexington, KY 40512-4540