

Lea y firme a continuación:

- Comprendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Los Planes de Medicare Advantage de Providence se comunicarán conmigo si necesitan más información.
- Comprendo que si firmo este formulario significa que lo he leído y que comprendo lo que dice en él.
- **Los Planes de Medicare Advantage de Providence me enviarán un aviso para informarme cuando esté activa mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** Hasta ese momento, comprendo que no seré participante del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma

____/____/____

Fecha de hoy

Si usted está llenando este formulario para otra persona, llene la sección a continuación. Su firma certifica que usted está autorizado por la ley estatal a llenar este formulario de participación y que tiene disponible la documentación sobre esta autoridad si Medicare la solicita.

Nombre

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

() -

Número de teléfono

Relación con el participante

Cómo presentar este formulario:

Envíe su formulario completado a:

Capital Rx

Attn: M3P Elections

9450 SW Gemini Dr., Suite 87234

Beaverton, Oregon 97008-7105

Las solicitudes de elección también pueden enviarse por correo electrónico a: M3P-Election@cap-rx.com

También puede completar el formulario de solicitud de participación por Internet en:

www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P, o llamarnos al **1-855-742-2779 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para presentar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos al **1-855-742-2779**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.