

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 Community First Health Plans para obtener más información.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar a Capital Rx al (833) 463-0271, 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Complete todos los campos a menos que estén marcados como opcional			
Nombre:		Apellido:	
		[Opcional: Inicial del segundo nombre]:	
Número de Medicare: ____ - ____ - ____			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAA)		Número de teléfono:	
		(      )	
Dirección de residencia permanente (no introduzca un apartado de correos a menos que esté experimentando una situación de falta de hogar):			
Ciudad:		[Opcional: Condado]:	Estado:    Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (apartado postal permitido):			
Ciudad:		[Opcional: Condado]:	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. Community First Health Plans 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.
- Community First Health Plans 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, complete la siguiente sección. 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):

Número de teléfono:

(       )

Relación con el participante:

### Cómo enviar este formulario

Puede enviar este formulario por correo a:

Community First Health Plans  
Attn: M3P Elections  
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234  
Beaverton, Oregon 97008-7105

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en <https://app.cap-rx.com/login> o llamar a Capital Rx al (833) 463-0271 para enviar su solicitud por teléfono.

### Términos y Condiciones

Usted declara y comprende 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 Pagos de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP) no es un requisito legal 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, acepta el reembolso de todos y cada uno de los costos de recetas aplicables incurridos durante su participación en el programa MPPP. Además, reconoce que su información privada, incluida la información de salud protegida, puede comunicarse a entidades de terceros para brindarle ciertos servicios o funciones del programa MPPP. Consulte la Política de privacidad de Capital Rx en <https://www.cap-rx.com/legal#legal-notice-privacy-policy> para obtener más información. Al utilizar cualquiera de las plataformas digitales del MPPP, usted comprende que los contenidos, el logotipo y otros medios visuales creados son propiedad de su respetuoso propietario y están protegidos por las leyes de derechos de autor.