



Formulario de solicitud de participación en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por su plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no reduce el costo de sus medicamentos ni le ahorra dinero.

Esta opción de pago podría no ser la mejor para usted si recibe ayuda para pagar sus medicamentos 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

Nombre	Apellido	Inicial (opcional)
--------	----------	--------------------

Número de Medicare

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		N.º de teléfono	
----------------------------------	--	-----------------	--

Dirección permanente (No se permite apartado postal, a menos que esté en situación de calle)	Condado (opcional)
--	--------------------

N.º de Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
-------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (Se permite apartado postal)

N.º de Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
-------------	--------	--------	---------------

Selección del año del plan

Deseo participar en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare para el:

☐ Año del plan actual ☐ Año próximo del plan

Nota importante: Si selecciona "Año del plan actual", su participación comenzará de inmediato y se renovará automáticamente para el próximo año del plan si permanece en el mismo plan de salud o de medicamentos.

Lea y firme a continuación

- Entiendo que este formulario es una solicitud para participar en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare. El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) se comunicará conmigo si necesita más información. First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) will contact me if they need more information.
- Entiendo que al firmar este formulario, confirmo que he leído y comprendido el formulario y los términos y condiciones adjuntos.
- El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) me notificará cuando mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare esté activa. Hasta entonces, entiendo que no soy participante en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare.
- Entiendo que si permanezco en el mismo plan de salud o de medicamentos, el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) renovará automáticamente mi participación en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare al comienzo de cada año calendario, a menos que me comunique con el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) para cancelar mi participación.

Firma

Fecha

Si está completando este formulario en nombre de otra persona, complete la siguiente sección. Su firma certifica que está autorizado por la ley estatal para llenar este formulario de participación y que tiene documentación que respalda dicha autoridad disponible en caso de que Medicare la solicite.

Nombre

Apellido

Inicial (opcional)

Dirección

N.º Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de teléfono

Relación con el
participante

Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo a:

Community First Health Plans, Medicare Advantage Alamo Plan
Mailstop: 1002
MPPP Election Dept.
13900 N. Harvey Ave
Edmond, OK 73013

Fax: 440-557-6525

Correo electrónico: ElectMPPP@RxPayments.com

También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en Activate.RxPayments.com, o llamarnos al 833-246-7612 para enviar su solicitud por teléfono.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 833-246-7612, de 8 a.m. a 11 p.m. EST, los 7 días de la semana del 8 de diciembre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 11 p.m. EST de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 1 a.m. EST los 7 días de la semana del 1 de octubre al 7 de diciembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Términos y condiciones para participar en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

Los siguientes términos y condiciones describen sus derechos, responsabilidades y las reglas que rigen la participación en el programa del Plan de Pago de Medicamentos de Medicare. Al aceptar estos términos y condiciones, ya sea en línea, por teléfono o firmando y enviando el formulario de elección, usted confirma que entiende y acepta las disposiciones del programa.

- 1. Sin tarifas ni intereses**
El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare no cobra tarifas ni intereses, y no se requiere verificación de crédito para inscribirse en el programa.
- 2. Notificación a la farmacia**
Una vez aceptado en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare, informaremos a su farmacia que está utilizando esta opción de pago.
- 3. Aplicabilidad**
Esta opción de pago se aplica únicamente a los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare que se procesen después de que se confirme su elección.
- 4. Costo compartido**
Cuando surta una receta para un medicamento elegible de la Parte D, pagará cero dólares en la farmacia. Sin embargo, aún será responsable de pagar su parte del costo del medicamento según el beneficio de la Parte D de Medicare bajo su plan, lo cual puede hacerse mediante una factura mensual.
- 5. Facturas mensuales**
Cada mes, recibirá una factura con el monto que debe pagar de su bolsillo, la fecha de vencimiento y la información sobre cómo realizar el pago. Se requieren pagos mensuales mientras tenga un saldo pendiente, aunque puede pagar el saldo completo en cualquier momento.
- 6. Cálculo de los pagos mensuales**
La fórmula para calcular el pago mensual mínimo (conocido como "límite mensual máximo") varía entre el primer mes de participación y los meses restantes del año. Los cálculos del límite mensual máximo incluyen detalles sobre los costos de medicamentos de la Parte D del participante (costos previamente incurridos y nuevos costos de bolsillo), así como el número de meses restantes en el año del plan y el monto pendiente. Por lo tanto, el monto puede variar de persona a persona y de mes a mes, y el saldo total pendiente se pagará completamente antes del 1 de febrero del siguiente año calendario.
- 7. Pagos atrasados**
Si no realiza un pago, recibirá un Aviso de Falta de Pago. Si no paga el monto pendiente antes de la fecha indicada en el aviso de recordatorio, será eliminado del Plan de Pago de Medicamentos de Medicare. Sin embargo, aún deberá pagar el monto que debe y es posible que no pueda volver a inscribirse en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare.
- 8. Optar por no participar**
Puede dejar de participar en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare en cualquier momento seleccionando la opción de cancelación a través del sitio web o llamando al número de teléfono que se le proporcionará en la carta de Aprobación de Elección, la cual será enviada por su plan después de que se confirme su inscripción en el programa. Después de cancelar su participación, continuará recibiendo una factura mensual por el monto que debe hasta que su saldo esté completamente pagado.
- 9. Comunicaciones y notificaciones**
Si proporciona un correo electrónico, su participación en este programa lo hará elegible automáticamente para recibir correos electrónicos importantes con información relacionada con el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare.
- 10. Cancelación de inscripción y nueva inscripción en un plan**

Si se cancela su inscripción en el plan por cualquier motivo y/o se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, su participación en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare a través de su plan actual finalizará. Sin embargo, continuará recibiendo una factura mensual por cualquier monto pendiente hasta que su saldo esté completamente pagado. Usted sigue siendo responsable del monto adeudado bajo este Plan de Pago de Medicamentos de Medicare. Si se inscribe en un nuevo plan con cobertura de medicamentos, puede ser elegible para volver a participar en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare comunicándose con su nuevo plan.

11. Actualización de dirección

Cualquier información de contacto o preferencias de comunicación que proporcione durante la inscripción o directamente a través del portal en línea del Plan de Pago de Medicamentos de Medicare se utilizará únicamente para ese programa y puede no ser comunicada a su plan de la Parte D de Medicare. Si también necesita actualizar su dirección para la cobertura de la Parte D, deberá proporcionar esa información directamente a su plan.

12. Comunicaciones

Al proporcionarnos su información de contacto, usted autoriza que lo contactemos por cualquier medio que haya proporcionado respecto a información importante sobre su cuenta del Plan de Pago de Medicamentos de Medicare. Este consentimiento nos permite usar mensajes de texto para llamadas informativas y de servicio de cuenta, pero no para llamadas de ventas o telemarketing. Esto también puede incluir contacto por parte de empresas que trabajan en nuestro nombre para dar servicio a su cuenta.

13. Renovación automática de participación

Su participación en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare se renovará automáticamente para el siguiente año calendario, a menos que se inscriba en un nuevo plan de la Parte D de Medicare o haya cancelado su participación antes del inicio del nuevo año.

Community First Health Plans, Inc. es una organización HMO/HMO SNP con contrato con Medicare y la Agencia Estatal de Medicaid de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa bajo los nombres: el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) y el Plan Community First Medicare Advantage Community First Medicare Advantage para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP (HMO D-SNP)). Esta información no representa una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Debe continuar en el plan en 2026 para pagar su prima de la Parte B de Medicare.

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. (Community First) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Community First does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation.

Community First provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with our organization, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)

Community First also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711.

If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First by phone, fax, or email at:

Community First Compliance Coordinator

Phone: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

If you need help filing a complaint, Community First is available to help you. If you wish to file a complaint regarding claims, eligibility, or authorization, please contact Community First Member Services at 1-800-434-2347.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

You may also file a complaint by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 1-800-368-1019 | TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Aviso sobre no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual. Community First no excluye o trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Community First proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nuestra organización, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)

Community First también ofrece servicios gratuitos lingüísticos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347. TTY (para personas con problemas auditivos) al 711.

Si usted cree que Community First no proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o se siente que fue discriminado/a de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual, usted puede comunicarse con Community First por teléfono, fax, o correo electrónico a:

Community First Compliance Coordinator

Teléfono: 210-227-2347 | Línea de TTY gratuita: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Community First está disponible para ayudarlo. Si usted desea presentar una queja sobre reclamos, elegibilidad o autorización, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First llamando al 1-800-434-2347.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 | Línea de TTY gratuita: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

Español

ATENCIÓN: Disponemos de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También disponemos de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-434-2347 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

한국어

주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 자료 및 서비스도 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-434-2347(TTY: 711)번으로 전화하시거나 담당 의료 서비스 제공자에게 문의하세요.

عربي

تنبيه: تتوفر لكم خدمات مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر أيضًا وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات. أو تواصلوا مع مقدم الخدمة (TTY: 711) سهلة الوصول. اتصلوا على الرقم 1-833-434-2347.

اردو

دھیان دیں: آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ (TTY: 711) مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-833-434-2347 سے بات کریں۔

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Français

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-434-2347 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

فارسی

توجه: خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. کمک‌های کمی مناسب و خدمات ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-833-434-2347 تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید (TTY: 711).

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-434-2347 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-434-2347 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-434-2347（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ລາວ

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-434-2347 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.