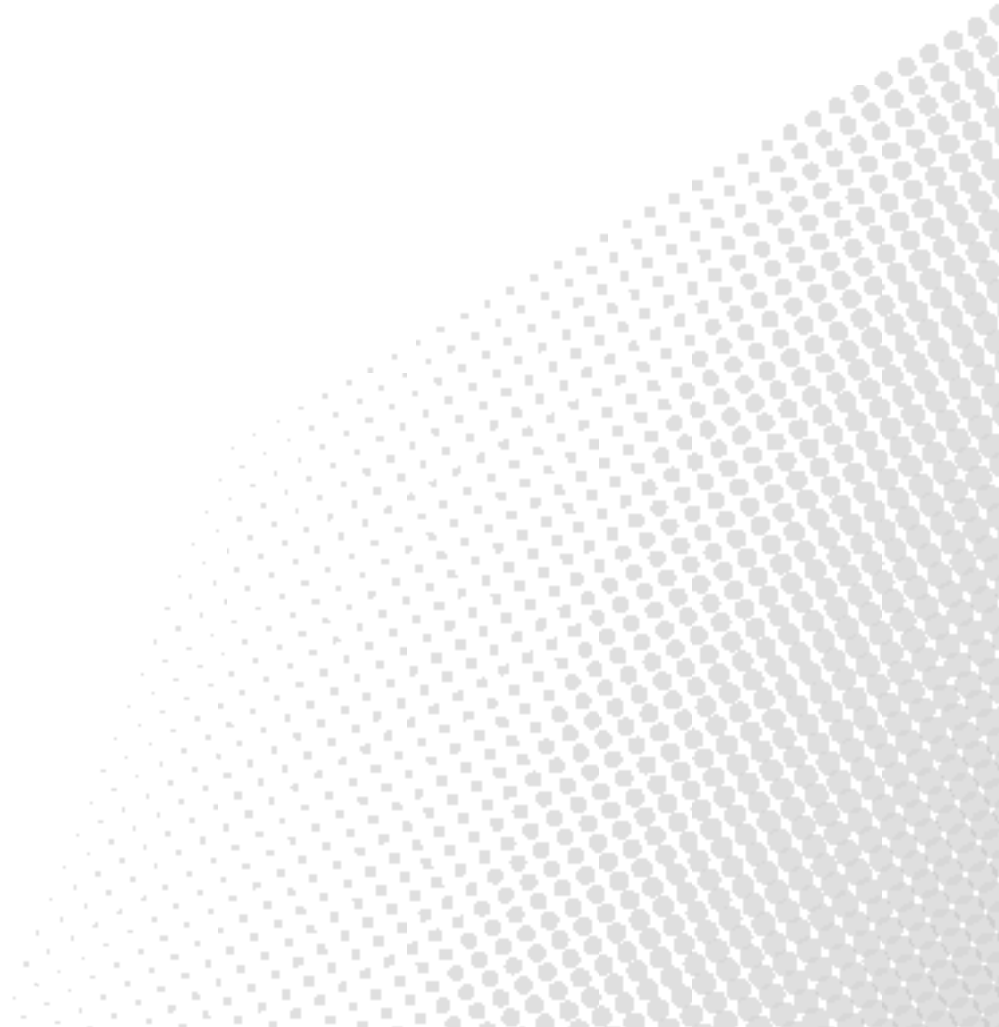


# **COMMUNITY FIRST**

## **HEALTH PLANS**

### **FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN EL PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE**



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN EL PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE

## ¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a el Plan Community First Medicare Advantage pueden usar este formulario.

## Para unirse a un plan, debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos
- vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en el Plan Community First Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario), y
- Medicare Parte B (seguro médico).

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- entre el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero).
- dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez.
- en determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

Necesitará:

- su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- su dirección y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales—no se le puede negar la cobertura porque no los llene.

## Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de Octubre al 7 de Diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de Diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Community First Health Plans  
Medicare Enrollment & Member Services Dept.  
12238 Silicon Dr., Suite 100,  
San Antonio, TX 78249

Nos comunicaremos con usted una vez que se procese su solicitud para inscribirse.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Community First Health Plans al 210-358-6386. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-390-1175.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Sección 1 – Se requiere que llene todo el formulario de esta página (a menos que estén marcados como opcionales)

### Seleccione el plan al que desea inscribirse:

- Plan Estándar Community First MAPD (HMO) H5447-001
- Plan Estándar Community First MAPD D-SNP (HMO D-SNP) H5447-002

Primer Nombre:	Apellidos:	Segundo Nombre (Opcional):
----------------	------------	----------------------------

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Teléfono: (       )
-----------------------------------	---	----------------------------------

Dirección de Residencia Permanente (No ingrese un apartado postal):	Condado (Opcional):	Estado:	Código Postal:
---	---------------------	---------	----------------

Ciudad:

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite el apartado postal):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

### Información de Medicare:

Número de Medicare:

### Responda estas importantes preguntas:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del plan Community First Medicare Advantage?

- Sí     No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
------------------------------	--	--------------------------------------

Si selecciona el plan estándar Community First MAPD D-SNP (HMO D-SNP) H5447-002 (Todas las respuestas deben ser Sí para ser elegible):

¿Tiene derecho a la Parte A de Medicare?     Yes     No

¿Está inscrito en la Parte B de Medicare?     Yes     No

¿Está inscrito en el programa Medicaid de Servicios Humanos y de Salud de Texas?     Yes     No

## Sección 1 – Se requiere que llene todo el formulario de esta página (a menos que estén marcados como opcionales)

### IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en el Plan Community First Medicare Advantage.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan Community First Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información. (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience la cobertura de mi plan Community First Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados del plan Community First Medicare Advantage. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por el plan Community First Medicare Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" del plan Community First Medicare Advantage (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni el plan Community First Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado, esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicaree.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre

(        )

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Relación con el inscrito

## Sección 2 – Todo el formulario de esta página son opcionales

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las complete.**

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille       Letra Grande       CD de Audio

Comuníquese con el plan Community First Medicare Advantage al 210-358-6386 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-390-1175.

¿Trabaja?

Sí       No

Indique su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), clínica, o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Resumen de Beneficios       Evidencia de Cobertura (EOC)

Dirección de correo electrónico:

- Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo Community First Health Plans y cualquier proveedor externo utilizado por Community First Health Plans llamen a los números de teléfono que he proporcionado.
- Si recibo ayuda de un agente de ventas, agente de seguros o alguien que tiene un contrato con el plan, el plan puede pagarle a esa persona por esta ayuda.
- La información en este formulario es correcta, a mi leal saber y entender Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

**Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal bajo la ley estatal de firmar.**

Puedo mostrar una prueba escrita (poder notarial, tutela, etc.) de este derecho si Medicare lo solicita. Entiendo que tendré que presentar una prueba por escrito de este derecho, al plan, si deseo tomar medidas en nombre del Miembro más allá de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y haya recibido su Tarjeta de Identificación de Miembro de Community First Health Plans, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra en el reverso de su Tarjeta de Identificación de Miembro de Community First Health Plans para actualizar la información de autorización en el archivo.

### DECLARACION DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

# Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

Referenciado en la sección: 30.4

(Rev.2, publicado: 25 de agosto de 2020; en vigor / implementación: 01-01-2022)

**Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, puede ser dado(a) de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
  
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
  
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mude el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Me liberaron el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí ayuda adicional) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro/fuera de la instalación el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
- Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me desafiliaron del SNP el (insertar fecha) \_\_\_\_\_ .
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones le aplica a usted o no está seguro, comuníquese con en plan Community First Medicare Advantage al 210-358-6386 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-390-1175) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

