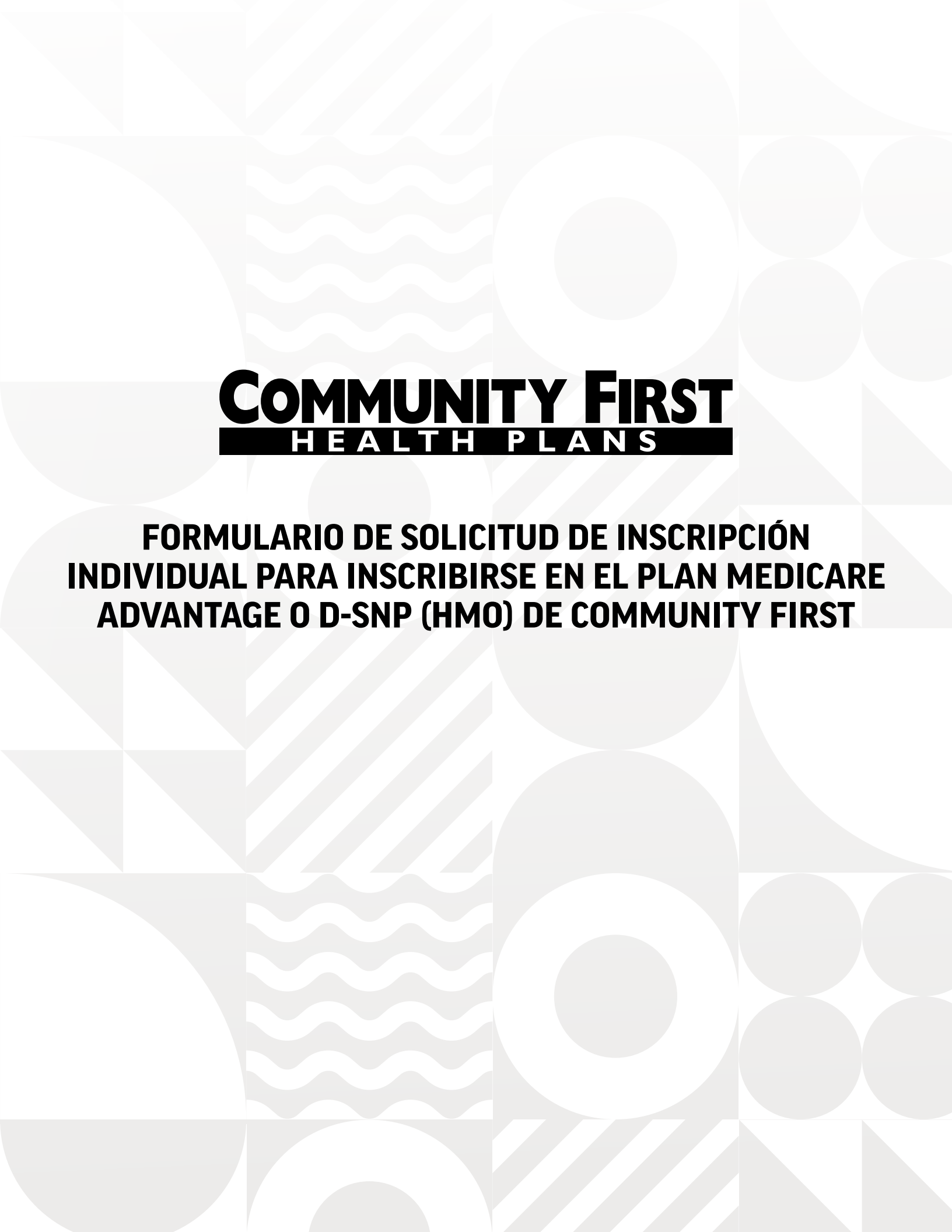




COMMUNITY FIRST

HEALTH PLANS

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN EL PLAN MEDICARE
ADVANTAGE O D-SNP (HMO) DE COMMUNITY FIRST**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN EL PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE ALAMO O EN EL PLAN DUAL ELEGIBLE PARA NECESIDADES ESPECIALES (D-SNP)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en el plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First.

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 un plan Medicare Advantage de Community First, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores a la primera recepción de Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan.

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección de residencia permanente 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 complete.

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.

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Community First Health Plans, Inc.
Servicios para miembros –
Inscripción en Medicare
12238 Silicon Dr., Suite 100
San Antonio, TX 78249

Nos pondremos en contacto con usted una vez que se procese su solicitud para unirse.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Planes de Community First Medicare Advantage al 210-358-6386 o 1-833-434-2347 (gratis) los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (1 de abril al 30 de septiembre); Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, 24 horas al día/7 días de la semana.

O, llame a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días de la semana.

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Seleccione el plan al que desea unirse:

- ☐ Plan Alamo Medicare Advantage (HMO) de Community First
(Plan estándar de MAPD (HMO) Community First H5447-001)
- ☐ Plan de necesidades especiales de elegibilidad Dual de Medicare Advantage (HMO D-SNP) de
Community First Health Plans
(Plan estándar MAPD D-SNP (HMO D-SNP) de Community First H5447-002)

NOMBRE: APELLIDO: [Opcional: Inicial del segundo nombre]

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) Sexo: Número de teléfono:
☐ Masculino ☐ Femenino ()

Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal):

Ciudad: [Opcional: Condado]: Estado: Código postal:

Dirección de envío, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal):
Dirección: Ciudad: Estado: Postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Por favor, responda estas preguntas importantes:

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

☐ Sí ☐ No

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

Complete esta sección solo si se selecciona el plan estándar MAPD D-SNP (HMO D-SNP) de Community First H5447-002. (Todos deben ser SÍ para ser elegible.):

1. ¿Tiene derecho a la Parte A de Medicare? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Está inscrito en la Parte B de Medicare? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de salud y servicios humanos de Texas? ☐ Sí ☐ No
4. Ingrese su número de identificación de Medicaid impreso en su tarjeta de identificación de miembro de Texas Benefits.

Número de Medicaid:

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la atención hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en el plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Community First Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan 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.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura del plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados del plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First y contenidos en mi documento del plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First "Evidencia de cobertura" (también conocido como "contrato del miembro" o "acuerdo de suscriptor") estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan Alamo Medicare Advantage o D-SNP de Community First pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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.
- 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), 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 solicitud de Medicare.

Firma

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre

Teléfono

Teléfono

Relación con el afiliado

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

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

¿Es usted hispano(a), latino(a) o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino/a o español
- ☐ Sí, puertorriqueño(a)
- ☐ Sí, de otro origen hispano, latino, o español
- ☐ Sí, mexicano(a), mexicano(a) americano(a), chicano(a)
- ☐ Sí, cubano(a)
- ☐ **Prefiero no contestar**

¿Cuál es su raza?

- | | |
|--|--|
| ☐ Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska | ☐ Negro(a) o afroamericano (a) |
| <i>Asiático(a):</i> | <i>Nativo(a) de Hawái y de las islas del Pacífico:</i> |
| ☐ Asiático(a) indio | ☐ Guameño(a) o chamorro(a) |
| ☐ Chino(a) | ☐ Nativo(a) Hawaiano(a) |
| ☐ Filipino(a) | ☐ Samoano(a) |
| ☐ Japonés(a) | ☐ De otras islas del Pacífico |
| ☐ Coreano(a) | ☐ Blanco(a) |
| ☐ Vietnamita | ☐ Prefiero no contestar |
| ☐ Otro asiático | |

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No binario
- ☐ Utilizo un término diferente: _____
- ☐ **Prefiero no contestar**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de usted mismo/a? Seleccione una.

- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Utilizo un término diferente: _____
- ☐ No sé
- ☐ **Prefiero no contestar**

Seleccione uno 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 ☐ CD de datos

Comuníquese con el plan Alamo Medicare Advantage de Community First al 210-358-6386 o al 1-833-434-2347 (número gratuito) 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 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Servicios de mensajería disponibles los fines de semana y festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, 24 horas al día/7 días de la semana.

¿Usted trabaja?

☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja?

☐ Sí ☐ No

Enliste a su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

ID del PCP:

Nombre del PCP:

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

☐ Resumen de beneficios ☐ Evidencia de cobertura (EOC)

Correo electrónico:

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 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) "Medicamento recetado 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.

Fecha de entrada en vigor propuesta: _____

Nombre del agente/número nacional del productor: _____

Por favor, envíe a:

Community First Health Plans

12238 Silicon Dr., Suite 100

San Antonio, TX 78249

Fax: 210-358-6019

Correo electrónico: DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

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 de la cárcel. 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 entorno 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 el plan Community First Medicare Advantage al 1-833-434-2347 (línea gratuita) 210-358-6386 (local) para ver si es elegible para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día/7 días de la semana. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (del 1 de abril al 30 de septiembre). También ofrecemos servicio de mensajes los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre.

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE LA CITA PREVIA DE VENTAS

Los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de venta antes de cualquier reunión de ventas individual para garantizar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Marque junto al tipo de producto(s) que desea que el agente analice. (Consulte las descripciones de los productos en la página 2).

☐ **PLANES INDEPENDIENTES DE MEDICAMENTOS
RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)**

☐ **PLANES DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA**

☐ **PLANES DENTALES/VISIÓN/AUDICIÓN**

☐ **PLANES DE SUPLEMENTO DE MEDICARE (MEDIGAP)**

☐ **PLANES MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)**

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma

Firma

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre

Teléfono

Teléfono

Relación con el afiliado

Al firmar este formulario:

- » Acepto reunirme con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos indicados arriba.
- » Doy mi consentimiento para que todas las entidades de Community First Health Plans, Inc. y cualquier proveedor externo utilizado por Community First Health Plans, Inc. llamen a los números de teléfono que proporcioné.

Firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, ni afecta su inscripción actual o futura, ni lo inscribe en un plan de Medicare. Tenga en cuenta que el plan puede pagarle al agente de ventas, al corredor o a alguien que tenga un contrato con el plan por esta ayuda. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal.

PLANES INDEPENDIENTES DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) – Es un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare.

PLANES MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) Y PLANES DE COSTOS

Organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare – Es un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de las Partes A y B de Medicare Original y, en ocasiones, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los HMO, usted solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare – Es un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de las Partes A y B de Medicare Original y, en ocasiones, cubre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero también puede utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

Plan Medicare para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Es plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos ejemplos de grupos específicos atendidos son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las que residen en residencias de ancianos y las que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

OTROS PRODUCTOS RELACIONADOS

Productos odontológicos, oftalmológicos y auditivos – Los planes ofrecen prestaciones adicionales a los consumidores que desean cubrir sus necesidades odontológicas, oftalmológicas o auditivas. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Productos de indemnización hospitalaria – Los planes que ofrecen beneficios adicionales; pagadero a los consumidores en función de su utilización médica; a veces se usa para sufragar copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni conectados a Medicare.

Productos complementarios de Medicare (Medigap) – Los planes de seguro que ayudan a pagar algunos de los costos de bolsillo no pagados por Medicare Original (Partes A y B), como deducibles y montos de coseguro para servicios aprobados por Medicare.

TO BE COMPLETED BY AGENT

Agent Name / National Producer Number:

Agent Phone:

Beneficiary First and Last Name:

Beneficiary Phone:

Beneficiary Address:

Plan(s) the agent represented during this meeting:

Date Appointment Completed:

Initial Method of Contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in.)

Agent's Signature:

Envíe las páginas 1 y 2 de este formulario a:

Community First Health Plans

12238 Silicon Dr., Suite 100

San Antonio, TX 78249

Fax: 210-358-6019

Correo electrónico: DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com

Fecha Recibida por Correo: _____

Iniciales del Agente: _____

Community First Health Plans, Inc. es un HMO/HMO SNP con un contrato con Medicare y la agencia Medicaid del estado de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa bajo los nombres del plan de Medicare Advantage Alamo de Community First (HMO) y el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.



**Community First Health Plans
12238 Silicon Dr., Suite 100
San Antonio, TX 78249
Fax: 210-358-6019**

Correo electrónico: DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com