

Please Contact Me! *Please complete this form if you'd like to be contacted about Community First Medicare Advantage HMO plan(s) you may be eligible for.*

Full Name: Date of Birth:

Street Address: Apartment/Suite #:

City: State: Zip Code:

Email: Phone:

Text Message: ☐ Yes ☐ No

Medicare Eligibility

Are you eligible for Medicare? ☐ Yes ☐ No ☐ I'm not sure

Please answer the following questions:

1. Do you have a Medicare card (red, white and blue card)? ☐ Yes ☐ No
(If YES, Part A Effective Date: _____; PART B Effective Date: _____)
2. If you are under the age of 65, do you have a disability? ☐ Yes ☐ No
3. Are you a federal, state, or local government employee? ☐ Yes ☐ No
4. Do you receive monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) cash benefits?
☐ Yes ☐ No (IF YES, what is the date you started receiving Social Security or RRB benefits? _____)
5. Do you have End-Stage Renal Disease (ESRD)? ☐ Yes ☐ No
6. Do you have ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis, also known as Lou Gehrig's Disease)?
☐ Yes ☐ No

☐ I am not eligible to enroll before October 15. Please contact me between October 1 – December 7.

I am interested in plan information for the following (check all that apply):

Plan availability may vary by location.

☐ Prescription Drug Plans

☐ Dental Plans

☐ Medicare Supplement Plans

☐ Hospital Indemnity Plans

☐ Medicare Advantage Plans

Signature

Date

By providing my email address or telephone number, I agree that a licensed sales representative may contact me regarding information related to Medicare health plans and health insurance plans, products, services and/or educational information related to health care.

Community First Health Plans, Inc. is an HMO/HMO SNP with a Medicare and Texas State Medicaid Agency Contract. Enrollment in Community First Health Plans, Inc. depends on contract renewal. Community First markets under the names Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), and Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). This information is not a complete description of benefits. Call 1-833-434-2347 or 711 for more information. You must continue to pay your Medicare Part B premium.

© 2027 Community First Health Plans, Inc.

The individual named above contacted the Community First Health Plans call center.

☐ Yes ☐ No

¡Por favor, contácteme! *Complete este formulario si desea que le informemos sobre los planes Community First Medicare Advantage HMO para los cuales puede calificar.*

Nombre completo: Fecha de nacimiento:

Dirección: Departamento/Suite #:

Ciudad: Estado: Código postal:

Correo electrónico: Teléfono:

Mensaje de texto: ☐ Sí ☐ No

Elegibilidad para Medicare

¿Cumple con los requisitos para Medicare? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Por favor, responda las siguientes preguntas:

- ¿Tiene una tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)? ☐ Sí ☐ No
(Si respondió SÍ, indique la fecha de vigencia de la Parte A: _____; Fecha de vigencia de la Parte B: _____)
- Si tiene menos de 65 años, ¿tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No
- ¿Es usted un empleado del gobierno federal, estatal o local? ☐ Sí ☐ No
- ¿Recibe beneficios mensuales del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)?
☐ Sí ☐ No (Si respondió SÍ, ¿En qué fecha en comenzó a recibir los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)? _____)
- ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene ELA (esclerosis lateral amiotrófica, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig)?
☐ Sí ☐ No

☐ No cumplo con los requisitos para inscribirme antes del 15 de octubre. Por favor, contácteme entre el 1 de octubre y el 7 de diciembre.

Me interesa recibir información sobre los siguientes planes (marque todos los que correspondan):

La disponibilidad de los planes puede variar según la ubicación.

☐ Planes de medicamentos recetados

☐ Planes dentales

☐ Planes de suplemento de Medicare

☐ Planes de indemnización hospitalaria

☐ Planes de Medicare Advantage

Firma

Fecha

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico o número de teléfono, acepto que un representante de ventas autorizado se comunice conmigo para proporcionarme información relacionada con planes de salud de Medicare y planes de seguro de salud, productos, servicios e información educativa relacionada con el cuidado de la salud.

Community First Health Plans, Inc. es una 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 sus planes bajo los nombres Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), Plan Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) y Plan Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. © 2027 Community First Health Plans, Inc.

La persona mencionada anteriormente se comunicó con el centro de llamadas de Community First Health Plans.

☐ Sí ☐ No