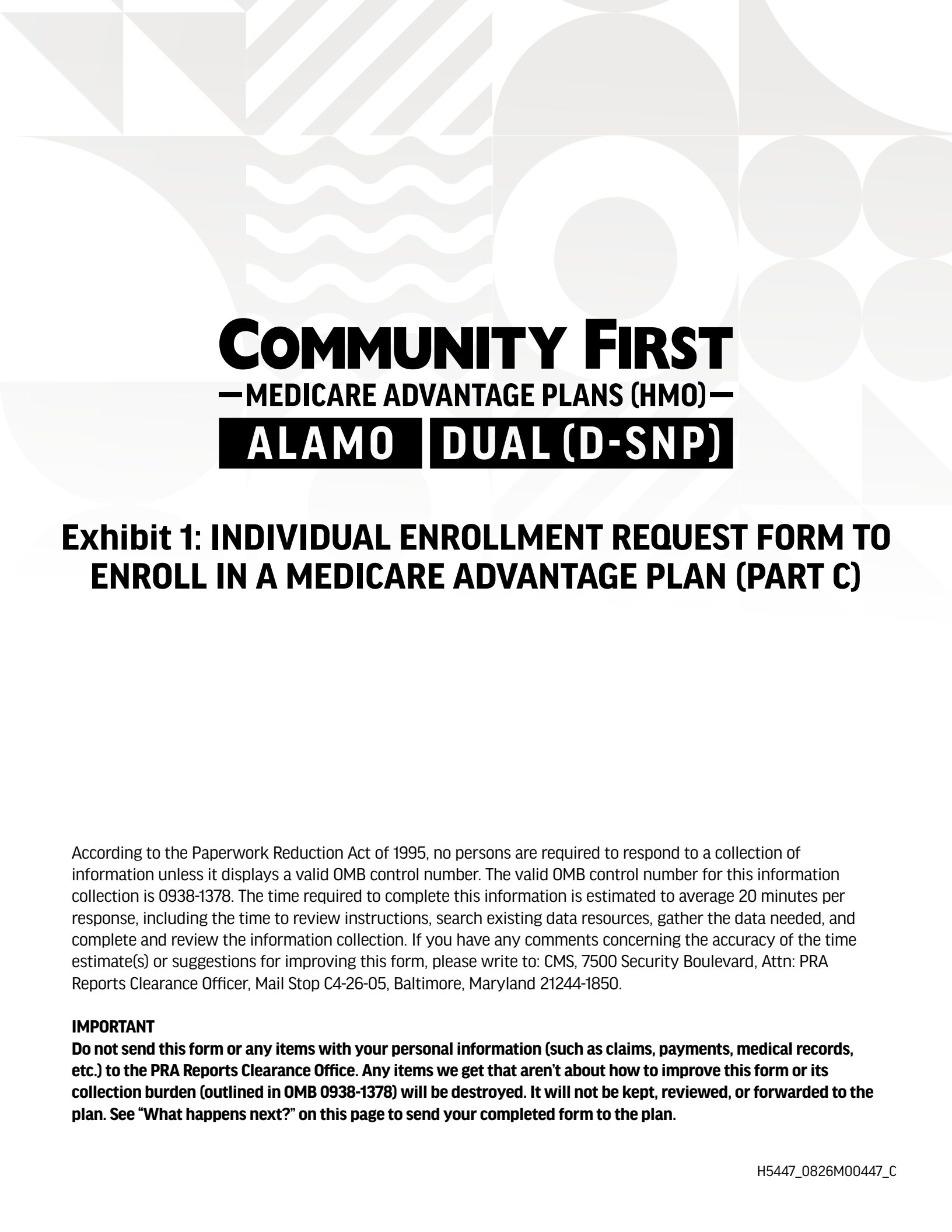




COMMUNITY FIRST

—MEDICARE ADVANTAGE PLANS (HMO)—

ALAMO | DUAL (D-SNP)

Exhibit 1: INDIVIDUAL ENROLLMENT REQUEST FORM TO ENROLL IN A MEDICARE ADVANTAGE PLAN (PART C)

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1378. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANT

Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan.

Exhibit 1: INDIVIDUAL ENROLLMENT REQUEST FORM TO ENROLL IN A MEDICARE ADVANTAGE PLAN (PART C)

Who can use this form?

People with Medicare who want to join a Medicare Advantage Plan.

To join a plan, you must:

- Be a United States citizen or be lawfully present in the U.S.
- Live in the plan's service area.

Important: To join a Medicare Advantage Plan, you must also have both:

- Medicare Part A (Hospital Insurance)
- Medicare Part B (Medical Insurance)

When do I use this form?

You can join a plan:

- Between October 15 – December 7 each year (for coverage starting January 1).
- Within 3 months of first getting Medicare.
- In certain situations where you are allowed to join or switch plans.

Visit [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) to learn more about when you can sign up for a plan.

What do I need to complete this form?

- Your Medicare Number (the number on your red, white, and blue Medicare card).
- Your permanent address and phone number.

Note: You must complete all items in Section 1. The items in Section 2 are optional – you cannot be denied coverage because you do not fill them out.

Reminders:

- If you want to join a plan during fall open enrollment (October 15 – December 7), the plan must receive your completed form by December 7.
- Your plan will send you a bill for the plan's premium. You can choose to sign up to have

your premium payments deducted from your bank account or your monthly Social Security (or Railroad Retirement Board) benefit.

What happens next?

Send your completed and signed form to:

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

Once they process your request to join, they'll contact you.

How do I get help with this form?

Call Community First Medicare Advantage Plans at 210-358-6386 or 1-833-434-2347 (toll-free) 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 - March 31); Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 - September 30); TTY users can call 711 (24 hours a day/7 days a week)

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a Community First Medicare Advantage Plans al 210-358-6386 o 1-833-434-2347 (número gratuito) y marque 2 para recibir asistencia en español los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Individuals experiencing homelessness

- If you want to join a plan but have no permanent residence, a Post Office Box, an address of a shelter or clinic, or the address where you receive mail (e.g., social security checks) may be considered your permanent residence address.

Section 1 – All fields on this page are required (unless marked optional)

Select the plan you want to join:

- ☐ Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) (H5447-001) – \$0 per month
- ☐ Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) (H5447-002) – \$0 per month
- ☐ Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) (H5447-003) – \$0 per month

FIRST name: LAST name: [Optional: Middle Initial]:

Birth date: (MM/DD/YYYY)

Sex:

☐ Male ☐ Female

Phone number:

()

Permanent Residence street address (Don't enter a P.O. Box. Note: For individuals experiencing homelessness, a P.O.Box may be considered your permanent residence address.):

City:

County (Optional):

State:

ZIP Code:

Mailing address, if different from your permanent address (P.O. Box allowed):

Street address:

City:

State:

ZIP Code:

Your Medicare information:

Medicare Number: _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Answer these important questions:

Will you have other prescription drug coverage (like VA, TRICARE) in addition to a Community First Medicare Advantage Plan?

☐ Yes ☐ No

Name of other coverage:

Member number for this coverage:

Group number for this coverage:

Please complete this section only if Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) H5447-002 or Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) H5447-0023 is selected. (All must be Yes to be eligible.):

1. Are you are entitled to Medicare Part A? ☐ Yes ☐ No
2. Are you enrolled in Medicare Part B? ☐ Yes ☐ No
3. Are you enrolled in the Texas Health and Human Services Medicaid program? ☐ Yes ☐ No
4. Please enter your Medicaid ID number printed on your Your Texas Benefits Member ID card.

Medicaid Number:

Section 1 – All fields on this page are required (unless marked optional)

IMPORTANT: Read and sign below:

- I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in a Community First Medicare Advantage Plan.
- By joining this Medicare Advantage plan, I acknowledge that Community First Health Plans will share my information with Medicare, who may use it to track my enrollment, to make payments, and for other purposes allowed by Federal law that authorize the collection of this information (see Privacy Act Statement below). Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.
- I understand that I can be enrolled in only one Medicare Advantage plan at a time – and that enrollment in this plan will automatically end my enrollment in another Medicare Advantage plan (exceptions apply for MA PFFS, MA MSA plans).
- I understand that when my Community First Medicare Advantage Plan coverage begins, I must get all of my medical and prescription drug benefits from Community First. Benefits and services provided by Community First and contained in my Community First “Evidence of Coverage” document (also known as a “member contract” or “subscriber agreement”) will be covered. Neither Medicare nor Community First will pay for benefits or services that are not covered.
- The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if I intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan.
- I understand that my signature (or the signature of the person legally authorized to act on my behalf) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized representative (as described above), this signature certifies that:
 1. This person is authorized under State law to complete this enrollment, and
 2. Documentation of this authority is available upon request by Medicare.

Signature

Today's date

If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:

Name

Address

Phone Number

Relationship to enrollee

Section 2 – All fields on this page are optional

Answering these questions is your choice. You can't be denied coverage because you don't fill them out.

Select one if you want us to send you information in a language other than English. ☐ Spanish

Select one if you want us to send you information in an accessible format.

☐ Braille ☐ Large print ☐ Audio CD ☐ Data CD

Please contact Community First at 210-358-6386 or 1-833-434-2347 (toll-free) if you need information in an accessible format other than what is listed above. Our office hours are 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 – March 31); Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 – September 30). TTY users can call 711, 24 hours a day/7 days a week.

Do you work?

☐ Yes ☐ No

Does your spouse work?

☐ Yes ☐ No

List your Primary Care Physician (PCP), clinic, or health center:

Name of PCP:

PCP ID#:

I want to get the following materials via email. Select one or more.

☐ Summary of Benefits ☐ Evidence of Coverage (EOC)

Email address:

For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____

Proposed Effective Date: _____

Agent Name/National Producer Number: _____

Please return to: Community First Health Plans

12238 Silicon Dr., Suite 100

San Antonio, TX 78249

Fax: 210-358-6019

Email: DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com

PRIVACY ACT STATEMENT

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) Plans, improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

Attestation of Eligibility for an Enrollment Period

Typically, you may enroll in a Medicare Advantage plan only during the annual enrollment period from October 15 through December 7 of each year. There are exceptions that may allow you to enroll in a Medicare Advantage plan outside of this period.

Please read the following statements carefully and check the box if the statement applies to you. By checking any of the following boxes you are certifying that, to the best of your knowledge, you are eligible for an Enrollment Period. If we later determine that this information is incorrect, you may be disenrolled.

- ☐ I am new to Medicare.
- ☐ I am enrolled in a Medicare Advantage plan and want to make a change during the Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- ☐ I recently moved outside of the service area for my current plan or I recently moved and this plan is a new option for me. I moved on (insert date) _____.
- ☐ I recently was released from incarceration. I was released on (insert date) _____.
- ☐ I recently returned to the United States after living permanently outside of the U.S. I returned to the U.S. on (insert date) _____.
- ☐ I recently obtained lawful presence status in the United States. I got this status on (insert date) _____.
- ☐ I recently had a change in my Medicaid (newly received Medicaid, had a change in level of Medicaid assistance, or lost Medicaid) on (insert date) _____.
- ☐ I recently had a change in my Extra Help paying for Medicare prescription drug coverage (newly got Extra Help, had a change in the level of Extra Help, or lost Extra Help) on (insert date) _____.

- ☐ I have Medicare and get full Medicaid benefits. I want to join or switch to a plan that coordinates coverage between my Medicare and Medicaid managed care plans (called an integrated Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP).
- ☐ I am moving into, live in, or recently moved out of a Long-Term Care Facility (for example, a nursing home or long term care facility). I moved/will move into/out of the facility on (insert date) _____ .
- ☐ I recently left a PACE program on (insert date) _____ .
- ☐ I recently involuntarily lost my creditable prescription drug coverage (coverage as good as Medicare's). I lost my drug coverage on (insert date) _____ .
- ☐ I am leaving employer or union coverage on (insert date) _____ .
- ☐ I'm in a qualified State Pharmaceutical Assistance Program, or I'm losing help from a State Pharmaceutical Assistance Program.
- ☐ My plan is ending its contract with Medicare, or Medicare is ending its contract with my plan.
- ☐ I was enrolled in a plan by Medicare (or my state) and I want to choose a different plan. My enrollment in that plan started on (insert date) _____ .
- ☐ I was enrolled in a Special Needs Plan (SNP) but I have lost the special needs qualification required to be in that plan. I was disenrolled from the SNP on (insert date) _____ .
- ☐ I was affected by an emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA) or by a Federal, state or local government entity. One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment request because of the disaster.

If none of these statements apply to you or you are not sure, please contact Community First Health Plans at 1-833-434-2347 (toll-free) or 210-358-6386 (local) to see if you're eligible to enroll. You can call 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 – March 31); Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 – September 30). Message service is available on weekends & holidays from April 1 – September 30. TTY users can call 711, 24 hours a day/7 days a week.

COMMUNITY FIRST

—MEDICARE ADVANTAGE PLANS (HMO)—

ALAMO | DUAL (D-SNP)

AGENT USE ONLY

Note: This page must be completed in its entirety to prevent the delay or denial of the enclosed application

Proposed Coverage Start Date	Select Enrollment Period ☐ ICEP MA or MAPD ☐ SEP ☐ IEP PDP or MAPD ☐ AEP ☐ OEP ☐ OEPI
SEP Code (Required if SEP selected)	SEP Date
Licensed Sales Agent Name	Licensed Sales Agent ID
Licensed Sales Agent Phone Number	Scope of Appointment ID Number
Appointment Type	Date

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. and Community First Insurance Plans (Community First) comply with applicable federal civil rights laws and do 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 de no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) y Community First Insurance Plans cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Community First no excluye ni 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 lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First al número que aparece en el reverso de su tarjeta de Miembro o al 1-800-434-2347. Si tiene dificultades auditivas, por favor llame al 711. Si usted cree que Community First no le proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o que fue discriminado/a de cualquier 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:

Coordinador de Cumplimiento Regulatorio de Community First

Teléfono: 210-227-2347 | TTY: 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 | TTY: 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

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

پاملرنه: که چہری تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، په وړیا ډول د ژبې د مرستې خدمتونه ستاسو لپاره د لاسرسي وړ دي. د لاسرسي وړ ښو کي د معلوماتو د وړاندې کولو لپاره مناسبې مرستې او خدمتونه په وړیا ډول د لاسرسي وړ دي. له 1-800-434-2347 (TTY: 711) شمېرې سره اړیکه ونیسئ یا د خپلو خدمتونو له چمتو کونکي سره اړیکه ونیسئ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-434-2347 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة.

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 1-800-434-2347 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان کمک زبانی در دسترس شماست. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید.

توجه: اگر شما دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما در دسترس است. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس است. با 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه کننده خود صحبت کنید.

注意: 如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-434-2347（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

LU'U Y: Nêu 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 1-800-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, ufite serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu. Ibikoreshe na serivisi byunganira bitangwa ku buntu kugira ngo amakuru atangwe mu buryo bworoshye kumva. Hamagara 1-800-434-2347 (TTY: 711) cyangwa uvugishe umuganga wawe.

DÍYAN DO: Zodi oñne Rohingya hotá hoo, toíle oñnolla maana zubani modot ókkol ase. Lootfaíbade formeth ót maalumut dibolla munasef modotgorede caijjo adde hédmot oñnolla taíbo. Kool goró 1-800-434-2347 (TTY: 711) ót yá oñnor dekbal doya loí hotá hoo.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-800-434-2347 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 1-800-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

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। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

አስተውላል:- ትግርኛ ትዛረብ እንተ ኾንከ ብናጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ኪወሃበክ ይኽእል እዩ። ብተወሳኺውን ብናጻ ሓበሬታ ንምሃብ ዘድሊ ሓገዚ ረድኤትን ኣገልግሎታትን ብናጻ ይረክብ። ናብ 1-800-434-2347 (TTY: 711) ደውሉ ወይ ምስ ወሃቢ ኣገልግሎትክ ተዘራረብ።



Community First Health Plans

12238 Silicon Dr., Suite 100

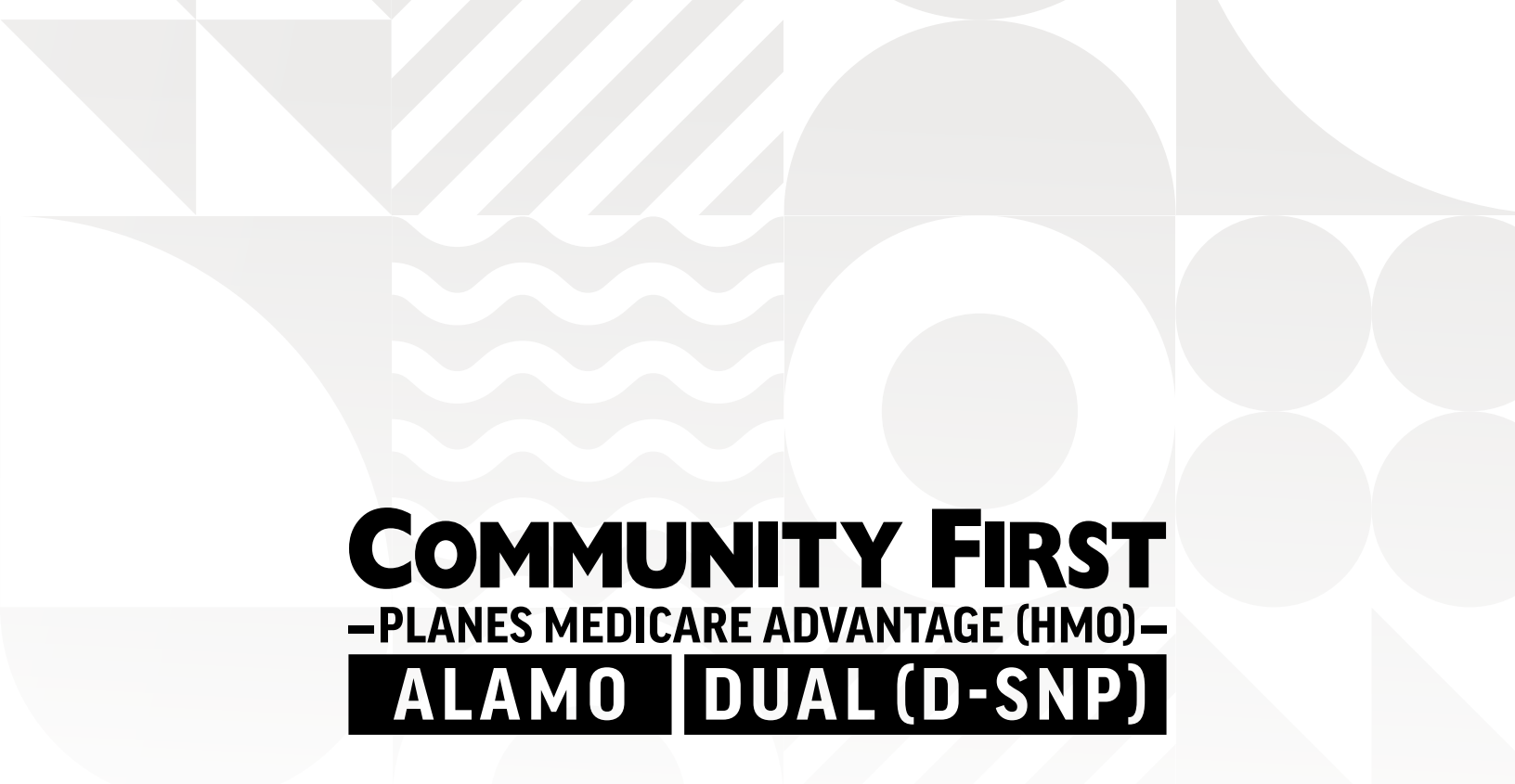
San Antonio, TX 78249

Fax: 210-358-6019

Email: DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com

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.



COMMUNITY FIRST

–PLANES MEDICARE ADVANTAGE (HMO)–

ALAMO | DUAL (D-SNP)

Anexo 1: SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de esta estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento que contenga información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos u otra información similar) a la Oficina de Aprobación de Informes de la PRA (PRA Reports Clearance Office). Todo material que recibamos que no esté relacionado con la mejora de este formulario o con la carga de recopilación de información descrita en la OMB 0938-1378 será destruido. No se conservará, revisará ni se enviará al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” en esta página para obtener instrucciones sobre cómo enviar su formulario completado al plan.

Anexo 1: SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospitalización)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en 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 obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse 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 inscribirse en 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. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completo y firmado a:

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

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Community First Medicare Advantage Plans al 210-358-6386 o 1-833-434-2347 (número gratuito) y marque 2 para recibir asistencia en español los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (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 al 1800-MEDICARE (1-800-633-227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Personas que se encuentran sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe su correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

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

Seleccione el plan el que desea inscribirse:

- ☐ Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) (H5447-001) - \$0 por mes
- ☐ Plan Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) (H5447-002) - \$0 por mes
- ☐ Plan Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) (H5447-003) - \$0 por mes

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

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

Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal Nota: Para las personas que se encuentran sin hogar, se puede considerar un apartado postal como su dirección de residencia permanente):

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

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

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código 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 Community First Medicare Advantage Alamo Plan o D-SNP?

☐ Si ☐ No

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

Complete esta sección solo si selecciona el plan estándar MAPD D-SNP (HMO D-SNP) de Community First H5447-002. (Debe responder SÍ a todo para calificar.):

1. ¿Tiene derecho a la Parte A de Medicare? ☐ Si ☐ No
2. ¿Está inscrito en la Parte B de Medicare? ☐ Si ☐ No
3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de Salud y Servicios Humanos de Texas? ☐ Si ☐ 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 seguro de hospitalización (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en un Plan Medicare Advantage de Community First.
- Al inscribirme 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). Mi 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 con el Plan Medicare Advantage de Community First, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Community First. Los beneficios y servicios proporcionados por Community First que se describen en mi documento "Evidencia de Cobertura" de Community First (también conocido como "contrato del Miembro" o "acuerdo de suscriptor") estarán cubiertos. Ni Medicare ni 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, de manera 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

Dirección

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 por no completarlas.

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 Community First al 210-358-6386 o al 1-833-434-2347 (número gratuito) si necesita información en un formato accesible distinto a los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

¿Usted trabaja?

☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja?

☐ Sí ☐ No

Indique el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del PCP:

Número de identificación (ID) del PCP:

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

☐ Resumen de Beneficios ☐ Evidencia de Cobertura (EOC)

Correo electrónico:

Solo para las personas que ayudan al solicitante a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, agente autorizado, consejero de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____

Relación con el afiliado: _____

Signature: _____

Fecha propuesta de inicio de cobertura: _____

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 SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y realizar los pagos 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 utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según 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, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Declaración de que cumple con los requisitos 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 cumple con los requisitos 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 (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (escriba la 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 (escriba la 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 la Ayuda Adicional) el (escriba fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Deseo inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura de mis planes Medicare y Medicaid (conocido como un Plan Integrado para Personas con Elegibilidad Dual y Necesidades Especiales [D-SNP]).

- ☐ 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 (escriba la fecha) _____ .
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (escriba la fecha) _____ .
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____ .
- ☐ Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato el (escriba la fecha) _____ .
- ☐ Participo en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o voy a perder la ayuda que recibo de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- ☐ Fui inscrito(a) en un plan por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____ .
- ☐ Estuve inscrito(a) en un Plan para Necesidades Especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos de necesidades especiales necesarios para permanecer en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (indique la fecha): _____ .
- ☐ Me vi afectado(a) 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). Cumplía con una de las otras situaciones descritas aquí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas situaciones se aplica a su caso o no está seguro(a), comuníquese con Community First Health Plans al 1-833-434-2347 (número gratuito) o al 210-358-6386 (local) para determinar si cumple los requisitos para inscribirse. Puede llamar los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

COMMUNITY FIRST

–PLANES MEDICARE ADVANTAGE (HMO)–

ALAMO DUAL (D-SNP)

SOLO PARA USO DEL AGENTE

Nota: Esta página debe completarse en su totalidad para evitar retrasos o la denegación de la solicitud adjunta.

Fecha propuesta de inicio de cobertura	Seleccione el período de inscripción ☐ ICEP MA o MAPD ☐ IEP PDP o MAPD ☐ OEP ☐ SEP ☐ AEP ☐ OEPI
Código SEP (si selecciona SEP)	Fecha SEP
Nombre del agente de ventas autorizado	ID del agente de ventas autorizado
Número de teléfono del agente de ventas autorizado	Número de identificación del alcance de la cita
Tipo de cita	Fecha

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. and Community First Insurance Plans (Community First) comply with applicable federal civil rights laws and do 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 de no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) y Community First Insurance Plans cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Community First no excluye ni 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 lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First al número que aparece en el reverso de su tarjeta de Miembro o al 1-800-434-2347. Si tiene dificultades auditivas, por favor llame al 711. Si usted cree que Community First no le proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o que fue discriminado/a de cualquier 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:

Coordinador de Cumplimiento Regulatorio de Community First

Teléfono: 210-227-2347 | TTY: 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 | TTY: 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

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

پاملرنه: که چہرې تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، په وړیا ډول د ژبې د مرستې خدمتونه ستاسو لپاره د لاسرسي وړ دي. د لاسرسي وړ ښو کي د معلوماتو د وړاندې کولو لپاره مناسبې مرستې او خدمتونه په وړیا ډول د لاسرسي وړ دي. له 1-800-434-2347 (TTY: 711) شمېرې سره اړیکه ونیسئ یا د خپلو خدمتونو له چمتو کونکي سره اړیکه ونیسئ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-434-2347 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة.

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 1-800-434-2347 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان کمک زبانی در دسترس شماست. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید.

توجه: اگر شما دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما در دسترس است. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس است. با 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه کننده خود صحبت کنید.

注意: 如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-434-2347（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

LU'U Y: Nêu 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 1-800-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, ufite serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu. Ibikoreshe na serivisi byunganira bitangwa ku buntu kugira ngo amakuru atangwe mu buryo bworoshye kumva. Hamagara 1-800-434-2347 (TTY: 711) cyangwa uvugishe umuganga wawe.

DÍYAN DO: Zodi oñne Rohingya hotá hoo, toíle oñnolla maana zubani modot ókkol ase. Lootfaíbade formeth ót maalumut dibolla munasef modotgorede caijjo adde hédmot oñnolla taíbo. Kool goró 1-800-434-2347 (TTY: 711) ót yá oñnor dekbal doya loí hotá hoo.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-800-434-2347 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 1-800-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

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 1-800-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

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। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

አስተውላል:- ትግርኛ ትዛረብ እንተ ኾንካ ብናጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ኪወሃበካ ይኽእል እዩ። ብተወሳኺውን ብናጻ ሓበሬታ ንምሃብ ዘድሊ ሓገዚ ረድኤትን ኣገልግሎታትን ብናጻ ይረከብ። ናብ 1-800-434-2347 (TTY: 711) ደውሉ ወይ ምስ ወሃቢ ኣገልግሎትካ ተዘራረብ።

**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

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.