



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

Ábralo por completo
antes de completar el formulario.

LISTA DE CONTROL DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:

- ¿Elegió el plan en el que quiere inscribirse?
- ¿Elegió un proveedor de atención primaria?
- ¿Elegió algún método de pago?
- ¿Respondió todas las preguntas?
- ¿Firmó y fechó la página 3?

Póngase en contacto con Community HealthFirst si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Community HealthFirst, proporcione la siguiente información

Indique con una marca en qué plan desea inscribirse:

Primas para 2018

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Plan de necesidades especiales de MA de Community HealthFirst™ (014) (HMO SNP) | \$0.00** |
| <input type="checkbox"/> Plan Community HealthFirst MA (006) (HMO) | \$30.00 |
| <input type="checkbox"/> Plan Community HealthFirst MA Pharmacy (008) (HMO) | \$67.00 |
| <input type="checkbox"/> Plan Community HealthFirst MA Pharmacy (009) (HMO) | \$93.00 |
| <input type="checkbox"/> Plan Community HealthFirst MA Extra (010) (HMO) | \$20.90 |

**La tarifa de la prima depende del nivel de elegibilidad para Medicaid de su estado.

Nombre del proveedor de atención primaria elegido (PCP/Clínica) _____

APELLIDO:	PRIMER nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Sr. <input type="checkbox"/>
			Sra. <input type="checkbox"/>
			Srta. <input type="checkbox"/>

Fecha de nacimiento: (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> M M / D D / A A A A)	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Número de teléfono particular: (<u> </u>) - <u> </u>	Número de teléfono alternativo: (<u> </u>) - <u> </u>
---	---	---	--

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):	Dirección de correo electrónico:
--	----------------------------------

Ciudad/estado:	Código postal:	Condado:
----------------	----------------	----------

Dirección de correo postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):

Ciudad/estado:	Código postal:	Condado:	Número de ProviderOne:
----------------	----------------	----------	------------------------

Nombre del contacto de emergencia:	Número del contacto de emergencia: (<u> </u>) - <u> </u>
------------------------------------	--

Brinde su información de seguro de Medicare

<p>Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.</p> <p>Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</p> <p>O</p> <p>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.</p>	<p>Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):</p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:</p> <p>BENEFICIOS HOSPITALARIOS (Parte A) _____</p> <p>BENEFICIOS MÉDICOS (Parte B) _____</p> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.</p>
---	--

SOLO PARA USO DEL PLAN: ICEP/IEP AEP SEP/LIS SEP/MOVED SEP (tipo de lista) No elegible

N.º del agente	N.º de territorio del agente	Fecha de recepción	Fecha de ingreso	Fecha de entrada en vigencia propuesta
----------------	------------------------------	--------------------	------------------	--

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede pagar la prima todos los meses mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA), será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. **NO pague a Community HealthFirst el IRMAA de la Parte D.**

Las personas de bajos ingresos pueden solicitar asistencia adicional para cubrir los costos de medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la etapa del período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, todos los meses recibirá una factura.

Por favor, elija una opción de pago de prima:

Recibir una factura y pagar mensualmente con cheque personal

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. **Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:**

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB (La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Padece enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No

Si recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos contactemos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además del plan Community HealthFirst? Sí No

Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de ident. para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Marque la casilla si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español, o en otro formato:

Inglés Braille Letra grande

Comuníquese con Community HealthFirst al 1-800-944-1247 (TTY de retransmisión: marcar 7-1-1) si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

¡ATENCIÓN! Lea esta información importante y firme debajo

Si en la actualidad cuenta con la cobertura médica de un empleador o sindicato, la inscripción en Community HealthFirst podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en un plan Community HealthFirst Medicare Advantage, podría perder la cobertura médica provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Community HealthFirst es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción al plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Community HealthFirst brinda servicios en un área de prestación de servicios específica. Si me mudo fuera del área en la que Community HealthFirst brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi área nueva. Una vez que sea miembro de Community HealthFirst, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Community HealthFirst cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. 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.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Community HealthFirst, debo recibir toda la atención médica de parte de Community HealthFirst, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Community HealthFirst y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Community HealthFirst (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI COMMUNITY HEALTHFIRST PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Community HealthFirst, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Community HealthFirst.

Divulgación de información:

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Community HealthFirst puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que Community HealthFirst divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario, de forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Su firma:

X

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ – _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma del agente (si ayudó con la solicitud de inscripción):

Información importante del área de prestación de servicios del Plan de necesidades especiales de MA de Community HealthFirst (014)

Community HealthFirst diseñó esta opción de plan específicamente para satisfacer las necesidades de atención médica para los habitantes del estado de Washington que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si usted es elegible o ya está inscrito en Medicare (Partes A y B) y reúne ciertos requisitos de elegibilidad de Medicaid, puede elegir esta opción o alguna de nuestras otras opciones del Plan Community HealthFirst Medicare Advantage. Cada miembro es responsable del pago de la prima de la Parte B y de la prima de la Parte D, que podría estar cubierta o no por una tercera parte, como Medicaid. Si usted cumple con este criterio, la opción del Plan de necesidades especiales de MA de Community HealthFirst™ no está disponible para usted y puede elegir algún otro de nuestros planes Community HealthFirst Medicare Advantage.

La tarifa de la prima que figura en la página 1 del Plan de necesidades especiales de MA de Community HealthFirst™ es para las personas que viven en los siguientes condados: Adams, Chelan, Clark, Douglas, King, Kitsap, Lewis, Skagit, Spokane, Thurston, Whatcom y Yakima, Washington.

Community Health Plan of Washington es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid del estado de Washington. El Plan de necesidades especiales (SNP) de Community Health Plan of Washington se encuentra disponible para aquellas personas que reciben asistencia médica del estado y Medicare. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Información importante del área de prestación de servicios del plan Community HealthFirst MA (006)

La tarifa de la prima que figura en la página 1 del plan Community HealthFirst MA es para las personas que viven en los siguientes condados: Clark, King y Spokane, Washington.

Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Información importante del área de prestación de servicios del plan Community HealthFirst MA Pharmacy (008)

La tarifa de la prima que figura en la página 1 del plan Community HealthFirst MA Pharmacy es para las personas que viven en los siguientes condados: Clark, King y Spokane, Washington.

Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Información importante del área de prestación de servicios del plan Community HealthFirst MA Pharmacy (009)

La tarifa de la prima que figura en la página 1 del plan Community HealthFirst MA Pharmacy es para las personas que viven en los siguientes condados: Adams, Whatcom y Yakima, Washington.

Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-800-942-0247 (TTY de retransmisión: marcar 7-1-1), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, para obtener más información.

Community Health Plan of Washington es un plan de salud HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en los planes de Community Health Plan of Washington está sujeta a la renovación del contrato. Es necesario que usted pague su prima de la Parte B de Medicare. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Please contact our Customer Service number at 1-800-942-0247 (TTY Relay: Dial 7-1-1), from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week for additional information.

Información importante del área de prestación de servicios del plan Community HealthFirst MA Extra (010)

La tarifa de la prima que figura en la página 1 del plan Community HealthFirst MA Extra es para las personas que viven en los siguientes condados: Clark, King, Spokane y Yakima, Washington.

Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.