



Formulario para la elección del Período de inscripción especial (SEP)

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

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración corresponde a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo/a en Medicare.
- Estoy inscrito/a en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco 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 mudé el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Hace poco me liberaron de prisión.
Me liberaron el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Regresé hace poco a los EE. UU. después de haber vivido de forma permanente fuera de los EE. UU.
Regresé a los Estados Unidos el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve dicho estado el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Hace poco hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid). Esto ocurrió el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional). Esto ocurrió el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.



- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, pero no hubo ningún cambio.
- Me estoy mudando a un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de atención médica a largo plazo), vivo en este centro o hace poco me fui de este centro. Me mudé/me mudaré/me fui del centro el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Hace poco abandoné un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (programa PACE). Esto ocurrió el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Hace poco, e involuntariamente, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el: (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan es terminar el contrato con Medicare, o Medicare está terminando el contrato con mi plan.
- Me inscribieron en un plan por Medicare (o mi estado) pero quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Estuve inscrito/a en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales de ese plan. Mi inscripción en el SNP fue dada de baja el (ingresar fecha) MM/DD/AAAA.
- Resulté afectado/a por una emergencia o un gran desastre relacionados con el clima (declarados como tales por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o un organismo del gobierno federal, estatal o local). Una de las frases anteriores se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas opciones corresponde a su caso, o si no está seguro/a, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-800-942-0247 (TTY: 711) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.