



Formulario de elección de inscripción especial (SEP)

En general, usted se inscribe 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 el plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea la siguiente información con atención y tilde el casillero si la información se aplica a usted. Al tildar cualquiera de los siguientes casilleros usted certifica que es, según su leal saber y entender, elegible para el período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelarle la inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.

- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).

- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (ingresar la fecha)
_____.

- Acabo de salir de prisión. Me liberaron (ingresar fecha)_____.

- Recientemente regresé a Estados Unidos luego de vivir de manera permanente fuera del país y regresé a EE. UU. el (ingresar fecha)
_____.

- Recientemente obtuve mi estado legal de presencia en los Estado Unidos. Recibí este estado el (ingresar fecha)
_____.

- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (recién recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí mi cobertura de Medicaid) el (ingresar fecha)_____.

- Recientemente se registró un cambio en mi pago de Ayuda Extra de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí mi Ayuda Extra) el (ingrese la fecha)
_____.



- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de mi Medicare) o recibí Ayuda Extra para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no tuve un cambio.

- Me mudo a, vivo en o recientemente salí de un centro de cuidados médicos a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de cuidados médicos a largo plazo). Me mudé al/me mudaré al/salí del centro (ingrese la fecha) _____.

- Acabo de abandonar un programa PACE el (ingrese la fecha) _____.

- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha) _____.

- Abandonaré una cobertura de empleado o sindicato el (ingrese la fecha) _____.

- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que brinda mi estado.

- Mi plan concluye su contrato con Medicare, o Medicare concluye su contrato con mi plan.

- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y yo quiero elegir uno diferente. Mi inscripción en el plan comenzó el (ingrese la fecha) _____.

- Me inscribieron en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cuento con la calificación necesaria para formar parte de ese plan. Me cancelaron la inscripción del plan SNP el (ingresar la fecha) _____.

- Fui afectado por una emergencia relacionada con el mal tiempo o una gran catástrofe (según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las opciones anteriores se aplicaba a mí, pero no pude inscribirme debido a una catástrofe natural.

Si ninguna de las opciones anteriores se aplican a usted o no está seguro de que así fuera, póngase en contacto con Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben comunicarse con el 711) para confirmar si es elegible para inscribirse. Abrimos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.