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

COMMUNITY HEALTH PLAN of Washington™

The power of community

MEDICARE ADVANTAGE

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 EE. UU. 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 recetados (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional). Esto ocurrió el:
(insertar fecha) MM/DD/AAAA _____

☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad [D-SNP] integrado).

☐ 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) el:(ingresar fecha)
(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)
(ingresar fecha) MM/DD/AAAA _____

☐ Estoy inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.

☐ 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 (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 declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Medicare Advantage de CHPW al 1-800-944-1247 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.