

Certificación de elegibilidad para un periodo de inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el periodo anual de inscripción, 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 periodo.

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla si la declaración corresponde a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, conforme a su leal saber y entender, usted es elegible para utilizar un periodo de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, podemos cancelar su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el periodo 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 hace poco me mudé y puedo acceder a nuevas opciones. Me mudé el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicare (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Extra Help (Ayuda adicional) para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente obtuve Extra Help, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el (insertar fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y obtengo todos los beneficios de Medicaid. Deseo inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado plan integrado para necesidades especiales con doble elegibilidad [Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP]).
- ☐ Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o recientemente me fui de uno (por ejemplo, un hogar para personas mayores o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al centro, o de este el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente dejé un Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (insertar fecha) _____.

- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- ☐ Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- ☐ Estoy en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o perderé la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- ☐ Mi plan cancelará el contrato con Medicare, o Medicare cancelará el contrato con mi plan.
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumpla con los requisitos que se necesitan para estar en un programa de necesidades especiales y no puedo estar en ese plan. Mi inscripción en el plan SNP se canceló el (insertar fecha) _____.
- ☐ Fui afectado por una emergencia o una catástrofe mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente se aplicó a mí, pero no pude presentar la solicitud de inscripción debido a una catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o usted no está seguro, comuníquese con Elevate Medicare Advantage al 303-602-2451 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge are available to you. Call 303-602-2111 or 1-877-956-2111 (TTY 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Para obtener más información llame al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).