

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período 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 período.

Lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente y marque la casilla si la afirmación 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 período 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 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 hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. 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 Medicaid (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 Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Extra Help (Ayuda adicional) para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- 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 fuera de la instalación el (insertar fecha)
_____.

- Recientemente abandoné 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 acreditable para medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que proporciona mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su 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 reúno los requisitos que se requieren para estar en un programa de necesidades especiales y no puedo estar en ese plan. Mi inscripción en el plan SNP fue cancelada el (insertar fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente se aplicó a mí, pero no pude realizar la solicitud de inscripción debido a la catástrofe natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o usted no está seguro, llame a Elevate Medicare Advantage al 303-602-2451 para consultar si es elegible para inscribirse. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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).