

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN



Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, existen excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea los siguientes enunciados cuidadosamente y marque la casilla si el enunciado se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele 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 (MA OEP).*
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)_____.
- ☐ *Recientemente hubo un cambio con respecto a mi cobertura de Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha)_____.*
- ☐ *Recientemente hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve recientemente Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (indique la fecha)_____.*
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido un cambio.
- ☐ Me voy a vivir o vivo en un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un residencia de ancianos o centro de atención a largo plazo), o recientemente me fui de un centro este tipo. Vivo en/me iré a vivir a/me iré del centro el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente dejé un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) el (indique la fecha)_____.
- ☐ Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha)_____.
- ☐ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha)_____.
- ☐ Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- ☐ El contrato de mi plan con Medicare está finalizando, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
- ☐ *Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (indique la fecha)_____.*
- ☐ Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales que se exigen para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indique la fecha)_____.
- ☐ *Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FE.M.A.). Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.*

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o no lo sabe con certeza, comuníquese con Alignment Health Plan al 866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para determinar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.