

Nombre: _____ Fecha: _____

Certificación de elegibilidad para un periodo de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el periodo de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo. Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si la afirmación corresponde a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un periodo de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, puede que se cancele su inscripción.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Soy nuevo en Medicare. ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el periodo 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: (insertar fecha) ____/____/____. ☐ Fui puesto en libertad recientemente. Fui puesto en libertad 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 esta condición 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. | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o recientemente me fui de uno (por ejemplo, un hogar para adultos mayores o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro o desde este (insertar fecha) ____/____/____. ☐ Recientemente dejé un Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (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) ____/____/____. ☐ Dejaré la cobertura de empleador o sindicato el: (insertar fecha) ____/____/____. ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado. ☐ Mi plan está terminando el contrato con Medicare o Medicare está terminando 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 para necesidades especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el: (insertar fecha) ____/____/____. ☐ Fui afectado por una emergencia o catástrofe mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente se aplicaba a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe. |
|--|--|

Certificación de elegibilidad para un periodo de inscripción (continuación)

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o usted no está seguro, comuníquese con Clover Health al **1-877-618-8110 (TTY 711)** para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.