

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, según su mejor conocimiento, es elegible para un Período de Inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le excluya.

Nota: los códigos son solo para uso interno (OEC/MARx).

- ☐ Período de Elección Anual. *[AEP-A]*
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. *[OEP/MAOEP-M]*
- ☐ Soy nuevo en Medicare. *[NEW/ETC-E(IEP)]*
- ☐ Soy nuevo en Medicare y me notificaron sobre cómo obtener Medicare después de que comience mi cobertura de Parte A y/o Parte B. *[RET/32]*
- ☐ Ya tengo el Hospital (Parte A) y recientemente me inscribí en Médico (Parte B). Quiero unirme a un Plan de Ventaja de Medicare. *[IXW/WRX-I ICEP]*
- ☐ Tenía Medicare antes, pero ahora estoy cumpliendo 65 años. *[MRD/ETC-F (IEP2)]*
- ☐ 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) ____/____/____. *[MOV/ETC-V]*
- ☐ Recientemente fui liberado de la encarcelación. Fui liberado el (insertar fecha) ____/____/____. *[MOV/ETC-V]*
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) ____/____/____. *[MOV/ETC-V]*
- ☐ Recientemente obtuve estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) ____/____/____. *[LAW/37]*
- ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como una residencia de ancianos o un hospital de rehabilitación. *[LT2/ETC-T]*
- ☐ Recientemente me mudé de una instalación de cuidado a largo plazo, como un hogar de jubilados o un hospital de rehabilitación. *[LT2/ETC-T]*
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) ____/____/____. *[PAC/27]*
- ☐ Estoy dejando la cobertura del empleador o del sindicato el (insertar fecha) ____/____/____. *[LEC/ETC-W]*
- ☐ Perdí otra cobertura de medicamentos que no es de Medicare pero que es tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (cobertura creditable), o mi otra cobertura que no es de Medicare cambió y ya no se considera creditable. Perdí mi cobertura el (inserte la fecha) ____/____/____. *[LCC/22]*

- ☐ Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre la área donde vivo. *[EOC/11]*
- ☐ Perdí mi cobertura porque Medicare terminó su contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare diciendo que podía unirme a otro plan. *[MYT/11]*
- ☐ Estoy en un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado. *[PAP/38]*
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de Medicaid o perdí Medicaid). Programa de Asistencia. *[MCD/ETC-U(LIS)]*
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra para pagar mis costos de medicamentos (nueva Ayuda Extra, tuve un cambio en mi nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) *[MCD/ETC-U(LIS)]*
- ☐ 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). ____/____/____. *[DIF/ETC-U]*
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Fui dado de baja del SNP el (insertar fecha). ____/____/____. *[SNP/35]*
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o desastre 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 aquí se aplicó a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre. *[DST/01]*
- ☐ Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de Inscripción General (1 de enero - 31 de marzo de cada año). Quiero unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o a un Plan Advantage de Medicare con cobertura de medicamentos. *[Pre/34]*
- ☐ Me inscribí en la Parte A (Seguro Hospitalario) o en la Parte B (Seguro Médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero unirme a un Plan de Ventaja de Medicare (con cobertura de medicamentos). *[DSP/43]*
- ☐ Ninguna de estas afirmaciones se aplica a mí; sin embargo, siento que soy elegible debido a una circunstancia especial que permitiría una excepción para inscribirme (sujeta a aprobación). Por favor, explique.:

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted, o no está seguro, comuníquese con Elite Health Plan al 1-800-958-1129. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 711. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles todos los días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico, excepto durante los principales días festivos de fin de año.

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios gratuitos de asistencia lingüística están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-958-1129 (TTY:711) o hable con su proveedor.