

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea los siguientes enunciados detenidamente y marque la casilla si se aplica a su caso.

Al marcar las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que la información es incorrecta, se cancelará su inscripción.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare. <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero cambiarme de plan durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, del inglés Medicare Advantage Open Enrollment Period). <input type="checkbox"/> Me mudé hace poco fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé hace poco y este plan es una opción nueva disponible para mí. Me mudé el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Hace poco tiempo salí de prisión. Fui puesto en libertad el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Regresé a Estados Unidos hace poco tiempo, después de residir fuera del país. Regresé a Estados Unidos el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Obtuve recientemente la condición de residencia legal en Estados Unidos. Obtuve esta condición el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Recientemente, hubo un cambio en mi plan de Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Recientemente, hubo un cambio en mi Ayuda adicional en el pago de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda adicional recientemente, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí los beneficios de Ayuda adicional) el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Cuento con Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos), vivo en uno de estos centros o me mudé de uno recientemente. Me mudé/mudaré a/del centro el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Recientemente dejé de participar en un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada o PACE) el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Hace poco perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Abandonaré/perderé la cobertura del empleador o del sindicato el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Participo en un Programa de asistencia farmacéutica que me provee el estado. <input type="checkbox"/> Mi plan está por finalizar su contrato con Medicare, o Medicare está por finalizar su contrato con mi plan. <input type="checkbox"/> Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Special Needs Plan (Plan de necesidades especiales o SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para tener este plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (indique la fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia o un desastre natural grave (según lo establecido por la Federal Emergency Management Agency [Agencia federal para el manejo de emergencias o FEMA], o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las afirmaciones coincidía con mi situación, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre natural.
--	--

Si ninguna de estas afirmaciones coincide o aplica a su situación, o no está seguro, comuníquese con Clover Health al 1-877-618-8110 (TTY 711) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y los días feriados.