

Testimonio de elegibilidad para período de inscripción

Generalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual 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 atentamente y marque el casillero si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros está certificando que, a su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para el período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, usted podrá ser desafiliado.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero 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 (ingrese fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Salí el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente hice un cambio en mi Medicaid (recién obtuvo Medicaid, tuvo un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién obtuvo Ayuda adicional, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional) el (ingrese fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré a, vivo en o acabo de salir de un centro de atención prolongada (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención prolongada). Me mudé/mudaré al/del centro el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente salí de un programa PACE el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (ingrese fecha) _____.

- Pertenezco a un programa de ayuda de farmacias proporcionado por mi estado.
 - Mi plan terminará el contrato con Medicare, o Medicare terminará el contrato con mi plan.
 - Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero escoger un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese fecha)
 - Estaba inscrito en el Special Needs Plan (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales que se requiere para estar en ese plan. Perdí mi cobertura del SNP el (ingrese fecha)
-

Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe importante (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con ATRIO Health Plans al **1-877-672-8620** (TTY 711) para determinar si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días.