

# FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Se hace referencia en la sección: 10

(Rev. 1, Publicada: 31 de julio de 2018; Efectivo/Implementación: 01-01-2019))

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe continuar recibiendo toda la atención médica del plan Community First Medicare Advantage hasta la fecha efectiva de la cancelación de la inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar su cancelación de inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red del plan Community First Medicare Advantage. Le notificaremos su fecha de entrada en vigencia después de que recibamos este formulario de usted.

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita. <input type="checkbox"/> Otro		
Apellido:	Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Número de Medicare: (Nota: puede usar "Número de Miembro" en lugar de "Número de Medicare")		
Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Teléfono del Hogar: (        )

**Por favor, lea cuidadosamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de inscripción:**

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en el plan Community First Medicare Advantage en la fecha de entrada en vigencia de la nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si me estoy dando de baja de mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por esta cobertura.

**Firma\*:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\* O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre bajo las leyes del estado donde vive. Si es firmado por un individuo autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

1. Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción; y
2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición del plan de Community First Medicare Advantage o Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Número de Teléfono: (        ) _____	Relación con el inscrito: _____

# DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE ELECCIÓN

Se hace referencia en la sección: 30.4

(Rev. 1, Publicada: 31 de julio de 2018; Efectivo/Implementación: 01-01-2019)

**Por lo general, puede cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año o durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

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 leal saber y entender, es elegible para un Período de Elección.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en (inserte la fecha) _____ .   | <input type="checkbox"/> Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro / fuera de la instalación en (inserte la fecha) _____ . |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí ayuda adicional) el (inserte la fecha) _____ . | <input type="checkbox"/> Me estoy uniendo a un programa PACE en (inserte la fecha) _____ .   |
| <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.   | <input type="checkbox"/> Me uno a la cobertura del empleador o del sindicato el (inserte la fecha) _____ .   |
|  | <input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte la fecha) _____ .   |

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con el plan de Community First Medicare Advantage al 210-358-6386 o al número gratuito 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-390-1175) para ver si es elegible para cancelar la inscripción. Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.