

Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

¿Está listo para inscribirse en un plan Medicare Advantage? Si ya está registrado en Original Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año con una fecha de vigencia del 1 de enero. Hay excepciones que le permiten inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla si corresponde a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podría cancelar su inscripción.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).

Hace poco me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____.

Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui puesto en libertad el (introduzca la fecha) _____.

Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir en el exterior de forma permanente. Regresé a los EE. UU. el (introduzca la fecha) _____.

Recientemente obtuve mi estado de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el (introduzca la fecha) _____.

Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha) _____.

Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Extra para el pago de la cobertura de medicamentos con receta Medicare (acabo de obtener Ayuda Extra, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (introduzca la fecha) _____.

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para el pago de mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.

Me voy a mudar a, vivo en, 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 al/del centro el (introduzca la fecha) _____.

Atestación para un período de inscripción

Recientemente dejé un programa PACE el (introduzca la fecha) _____.

De forma involuntaria acabo de perder mi cobertura de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha) _____.

Voy a dejar la cobertura de mi empleador o del sindicato el (introduzca la fecha) _____.

Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.

Mi plan termina este contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.

Medicare me inscribió en un plan (o mi estado) y quiero elegir un plan distinto. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introduzca la fecha) _____.

Me inscribieron en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción del SNP el (introduzca la fecha) _____.

Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA) o resulté afectado por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido a un desastre.

Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.

Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un período de inscripción especial para el que califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 855-290-5744 (usuarios de TTY deberían llamar al: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.