

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción.

Normalmente, puede inscribirse en un plan 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 Medicare Advantage fuera de este período. **Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla que se aplique a usted.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente se determina que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.⁽¹⁾
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).⁽²⁾
- ☐ Soy nuevo en Medicare y deseo cambiar mi plan Advantage dentro de los 3 meses de tener la Parte A/B.⁽³⁾
- ☐ Tenía Medicare antes, pero ahora estoy por cumplir 65 años.⁽⁴⁾
- ☐ Ya tengo seguro hospitalario (Parte A) y me inscribí recientemente en el seguro médico (Parte B). Quiero unirme a un plan Medicare Advantage.⁽⁵⁾
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el ____ / ____ / _____.⁽⁶⁾
- ☐ Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el ____ / ____ / _____.⁽⁷⁾
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el ____ / ____ / _____.⁽⁸⁾
- ☐ Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el ____ / ____ / _____.⁽⁹⁾
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ____ / ____ / _____.⁽¹⁰⁾
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de la Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el ____ / ____ / _____.⁽¹¹⁾
- ☐ Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos), vivo en uno o recientemente me fui de uno. Me mudé/Me mudaré al centro o me iré del centro el ____ / ____ / _____.⁽¹²⁾
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE® el ____ / ____ / _____.⁽¹³⁾
- ☐ Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ____ / ____ / _____.⁽¹⁴⁾
- ☐ Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el ____ / ____ / _____.⁽¹⁵⁾
- ☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.⁽¹⁶⁾
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el ____ / ____ / _____.⁽¹⁷⁾
- ☐ Me inscribieron en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el ____ / ____ / _____.⁽¹⁸⁾
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplica a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.⁽¹⁹⁾
- ☐ Quiero inscribirme en un Plan de Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mis enfermedades crónicas.⁽²⁰⁾

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, póngase en contacto con Clever Care llamando al **(833) 388-8168 (TTY: 711)** para saber si es elegible para inscribirse.