

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Relación con el afiliado:** \_\_\_\_\_

**Plan seleccionado:**  **MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)**    **MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)**  
 **MetroPlus Platinum Plan (HMO)**

**Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle que se inscriba en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Los siguientes requisitos están sujetos a la determinación del plan.**

**Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, en la medida de su conocimiento, usted es elegible para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede cancelarse.**

- 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, por sus siglas en inglés).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco salí de la cárcel. Fui liberado el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de Estados Unidos. Regresé a Estados Unidos el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tuve un cambio reciente en el estado de Medicaid o en el subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés o “Extra Help”) (soy elegible hace poco, tuve un cambio en mi nivel de asistencia o ya no soy elegible) el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicaid con MetroPlusHealth y quiero inscribirme en un plan Medicare de MetroPlusHealth para combinar mi cobertura.
- Me mudaré a un centro de cuidados a largo plazo u hogar de ancianos, vivo allí o me fui de allí hace poco. Me mudé o me mudaré al centro, o me mudé del centro a otro sitio, el día (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé un programa PACE el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escribir la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.

