



COMPROBEMOS SI PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN AHORA MISMO

Por lo general, 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 con cuidado las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación aplica en su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber, es elegible para un período de inscripción. Si después decidimos que esta información es incorrecta, se le puede cancelar la inscripción.

- Soy nuevo en Medicare (cumpló 65 años en los próximos 3 meses o llegué al mes 24 de discapacidad).
- 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 me mudé hace poco, y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé (escribir fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Salí el (escribir fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escribir fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escribir fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién tuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escribir fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda adicional, un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (escribir fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré, vivo o me mudé recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (p. ej., una casa de adultos mayores o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro/del centro el (escribir fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (escribir fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escribir fecha) _____.
- Dejo la cobertura del empleador o sindicato el (escribir fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que ofrece mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escribir fecha) _____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (escribir fecha) _____.
- Quiero unirme a un Plan para Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mi condición crónica.
- Me afectó una emergencia asociada con el clima o un desastre mayor (según lo que declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA). Una de las otras afirmaciones aquí aplica en mi caso, pero no pude hacer mi inscripción por el desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones aplica en su caso o no está seguro, comuníquese con Gold Kidney Health Plan llamando al 1-844-294-6535 (TTY 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana).