

Clover Health

Nombre: _____ Fecha: _____

Autenticación de Elegibilidad para un Período de Inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el Período de Inscripción Anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea los siguientes enunciados detenidamente y marque la casilla si corresponde con su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su entender, es elegible para inscribirse en un plan fuera del Período de Inscripción Anual. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, se cancelará su inscripción.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.<input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).<input type="checkbox"/> Me mudé hace poco 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 el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Salí hace poco tiempo de prisión. Salí de prisión el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Regresé hace poco tiempo a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Obtuve hace poco tiempo la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Hace poco tiempo, se produjo un cambio en mi estado de Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Hace poco tiempo, se produjo un cambio en mi estado de Ayuda Adicional que paga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda Adicional recientemente, hubo un cambio en mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda adicional) el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Cuento con Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido cambios. | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), vivo en uno de estos centros o me mudé de uno recientemente. Me mudé al centro o me mudaré de este el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Recientemente, dejé de participar en un programa PACE el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura similar a la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Abandonaré la cobertura del empleador o del sindicato el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Participo en un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.<input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o bien Medicare finalizará su contrato con mi plan.<input type="checkbox"/> Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Special Needs Plan (Plan de necesidades especiales o SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para tener este plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el: (indique la fecha) ___/___/_____<input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia o un desastre natural grave (según lo establecido 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 afirmaciones coincidía con mi situación, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre natural. |
|--|---|

Autenticación de Elegibilidad para un Período de Inscripción (continuación)

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Clover Health llamando al **1-877-618-8110 (TTY 711)** para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) durante los fines de semana y los días feriados.