

ID del miembro: _____

Este es un formulario para cancelar su inscripción en su plan de Medicare. Qué debe tener en cuenta al completar el formulario:

- **Debe completar todos los puntos, y firmar y fechar el formulario.**
- Medicare tiene reglas que establecen cuándo puede afiliarse a un plan de Medicare o irse de un plan de Medicare (se llaman períodos de inscripción). Para poder irse del plan, usted debe encontrarse en un período de inscripción válido.
Por lo general, podrá cancelar la inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle cancelar la inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare fuera de este período.
- Si no tiene otra cobertura de medicamentos con receta que sea igual de buena que la de Medicare (denominada “cobertura acreditable”), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si trata de inscribirse en un plan más adelante.

Apellido:		Nombre:		Inicial del 2.º nombre:	
ID del miembro:					
Fecha de nacimiento:		Sexo:		Número de teléfono particular:	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		()	

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso.

Si marca alguna de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción.

- Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (acabo de empezar a recibir Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o dejé de recibir Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en mi programa de Ayuda Adicional que paga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (acabo de empezar a recibir Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o dejé de recibir Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.
- Estoy por mudarme a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un asilo de convalecencia) o vivo o vivía hasta recientemente en uno de estos centros. Me mudé/mudaré al/del centro el (insertar fecha) _____.
- Estoy por mudarme/me mudé fuera del área de servicio del plan. Me mudaré/mudé el (insertar fecha) _____.
- Me afilié a un Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés) el (insertar fecha) _____.

- Empezaré a tener la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Tengo otra cobertura de medicamentos con receta acreditable (por ejemplo: cobertura de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos [VA, por sus siglas en inglés]) a través de (insertar nombre de la otra cobertura) _____.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan empezó el (insertar fecha) _____.

Estamos para servirle

Llámenos si necesita ayuda para responder alguno de los puntos de este formulario. **Puede comunicarse con nosotros al 1-800-222-6700**, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Es posible que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

Al completar esta solicitud de cancelación de la inscripción, dejen constancia de que tengo conocimiento de lo siguiente:

Son limitados los momentos en los que podré afiliarme a otros planes de Medicare, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial. HealthSpring me notificará la fecha de cancelación de mi inscripción una vez que confirmen que soy elegible para irme del plan. Puedo enviar una solicitud de cancelación de la inscripción llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Atienden las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. Entiendo que, hasta que entre en vigor la cancelación de mi inscripción, debo seguir despachando mis medicamentos con receta en farmacias de la red del plan en el que me inscribí para que estén cubiertos. Entiendo que estoy solicitando la cancelación de mi inscripción en mi Plan de medicamentos con receta de Medicare y que, si no tengo otra cobertura tan buena como la de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía por esta cobertura en el futuro.

Firma* _____ **Fecha:** _____

* O la firma del representante que esté autorizado a actuar en nombre de la persona en virtud de las leyes del estado en el que reside la persona. Si firma una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada a completar esta cancelación de la inscripción en virtud de las leyes estatales, y 2) la documentación donde consta esta facultad está disponible a pedido de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el miembro: _____

Los productos y servicios de HealthSpring se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, una compañía de seguros mutuos con reserva legal. © 2025 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.