



Formulario de desafiliación

Si usted solicita desafiliación, debe seguir recibiendo toda la atención médica de CarePlus hasta la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación. Comuníquese con nosotros para confirmar su desafiliación antes de pedir servicios médicos fuera de la red de CarePlus. Le comunicaremos su fecha de entrada en vigencia después de que recibamos este formulario.

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Inicial del segundo nombre: _____

Número de Medicare: (Tenga en cuenta: Puede usar "Número del afiliado" en lugar de "Número de Medicare")

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: M F

Número de Teléfono de la Casa: _____

Por lo general, los planes de Medicare terminan el último día del mes en que se recibe la solicitud cuando se usa un período especial de elección. Durante el período anual de elección, el plan terminará el 31 de diciembre.

Lea con atención y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de desafiliación:

Si me he afiliado a otro plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi afiliación actual a CarePlus en la fecha de entrada en vigencia de esa nueva afiliación. Entiendo que es posible que no pueda afiliarme a otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo mi afiliación a mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por esta cobertura.

Su firma*: _____ **Fecha:** _____

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre según las leyes del estado donde vive. Si está firmado por una persona autorizada (como lo descrito arriba), esta firma certifica que: 1) la ley estatal autoriza a esta persona a completar esta desafiliación y 2) la documentación correspondiente a esta autorización está disponible a solicitud de CarePlus o Medicare.

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el afiliado: _____

Por lo general, usted podría desafiarse de un plan Medicare Advantage solo durante el período anual de afiliación del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año o durante el período de afiliación abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle desafiarse de un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea con atención las siguientes declaraciones y marque la casilla o casillas si las declaraciones aplican en su caso. Si marca cualquiera o todas las siguientes casillas que le corresponden, usted certifica que, según su leal saber y entender, califica para un período de elección.

	Código	Estados del período de elección
	LEC	Me uniré a la cobertura del empleador o sindicato el (coloque la fecha) _____.
	AEP	Me desafilio dentro del período anual de afiliación.
	DIF	Estaba afiliado a un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi afiliación a ese plan empezó el (coloque la fecha) _____.
	NLS	Ocurrió un cambio en el pago de Extra Help (Ayuda Adicional) para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (adquirí Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) el (coloque la fecha) _____.
	OCC	Me desafilio de la Parte D para afiliarme o mantener otra cobertura acreditable como Tricare o la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
	LTC	Voy a ingresar, vivo en, o acabo de salir de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o un centro de cuidado a largo plazo). Ingresé al/ ingresaré al/saldré del centro el (coloque la fecha) _____.
	MCD	Ocurrió un cambio en mi Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (coloque la fecha) _____.
	OEP	Soy afiliado de un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de afiliación abierta de Medicare Advantage.
	PAC	Me uno a un programa PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Personas Mayores).

Si ninguna de estas declaraciones le corresponde o no está seguro(a), comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

