



**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.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, según su mejor conocimiento, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le des de baja.

- 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).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me moví (insertar fecha)\_\_\_\_\_
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Fui liberado el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién recibido Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibió Ayuda Adicional, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdió Ayuda Adicional) el (insertar 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 recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro / fuera de la instalación el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente dejé un programa PACE en (insertar fecha)\_\_\_\_\_

Y0144\_ENRELIG24\_C



- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha)\_\_\_\_\_.
- Dejo la cobertura del empleador o del sindicato el (insertar fecha)\_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado), y quiero elegir uno diferente plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Fui afectado por una emergencia o desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP) en 1-855-521-0628 (TTY/TDD los usuarios deben llamar 1-833-312-0046) para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8:00 A.M. a 8:00 P.M., los siete (7) días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; 8:00 A.M. a 8:00 P.M., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

