

Formulario de cancelación de inscripción

Si solicita la cancelación de la inscripción, seguirá recibiendo toda su atención médica mediante Aetna Medicare hasta la fecha de entrada en vigor de la baja. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de la inscripción antes de recibir servicios médicos fuera de la red de Aetna Medicare. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor de la baja después de que nos envíe este formulario. PO Box 7405, London, KY 40742. También puede enviarlo por fax al siguiente número: 866-756-5514.

Apellido: _____ Nombre: _____		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Inicial del segundo nombre: _____		
Identificación del miembro: _____		[Número de Medicare:] _____
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: () _____

Lea detenidamente la siguiente información y complete lo que se solicita antes de firmar y fechar este formulario cancelación de inscripción.

Si me inscribí en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Aetna Medicare en la fecha de entrada en vigor de la nueva inscripción. Comprendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo mi inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deseo obtener esta cobertura en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta.

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

* O la firma de la persona que tiene autorización para actuar en su nombre conforme a las leyes del estado donde usted vive. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esa firma certifica 1) que esta persona está autorizada según las leyes estatales para completar este formulario de cancelación de inscripción y 2) que la documentación que certifica esta autorización se pondrá a disposición de Aetna Medicare o Medicare si la solicitan.

Si usted es el representante autorizado, debe brindar la siguiente información: Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: () ____ - ____ Relación con la persona inscrita: _____
--

Por lo general, es posible darse de baja de un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage, desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle darse de baja de un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea la siguiente información detenidamente y marque la casilla que corresponda a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de elección.

Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.

Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta (acabo de obtener Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare pero no he tenido ningún cambio.

Me estoy por mudar a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo), vivo allí en este momento o acabo de abandonarlo. Me mudé, me mudaré o abandonaré el centro el (insertar fecha) _____.

Me inscribiré en un programa PACE el (insertar fecha) _____.

Me inscribiré en la cobertura que brinda mi sindicato o empleador el (ingresar fecha) _____.

Estuve inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.

Si ninguna de estas afirmaciones corresponde a su caso o si tiene dudas al respecto, comuníquese con Aetna Medicare al 1-800-282-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para darse de baja. El horario de atención es lunes a domingo a partir de las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m. de su hora local.