

Planes Allwell Medicare Advantage Formulario de Cancelación de la Afiliación



Si solicita la cancelación de su afiliación, debe continuar recibiendo toda su atención médica de Allwell hasta la fecha de vigencia de la cancelación de la afiliación. Comuníquese con nosotros para confirmar la cancelación de su afiliación antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Allwell. Le informaremos sobre su fecha de vigencia después de que recibamos este formulario de su parte.

Apellido	Nombre	Inicial 2. ^o nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de Medicare			
<input type="text"/>			

Fecha de nacimiento	Sexo	Número de teléfono particular
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
M M D D A A A A		

Lea detenidamente y complete la siguiente información antes de firmar y escribir la fecha en este formulario de cancelación de la afiliación:

Si me inscribo en otro Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi actual membresía en Allwell a partir de la fecha de vigencia de esa nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. Entiendo también que si cancelo la afiliación de mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y deseo recibir cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima mayor para dicha cobertura.

Su firma*	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	M M D D A A A A

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre conforme a las leyes del Estado en el que vive. De firmar una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que:
1) esta persona está autorizada conforme a las leyes Estatales para llenar este formulario de cancelación de la afiliación y
2) la documentación de esta autorización estará disponible cuando Allwell o Medicare la soliciten.

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

Nombre	
<input type="text"/>	
Dirección	
<input type="text"/>	
Número de teléfono	Relación con la persona inscrita
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

Generalmente, puede cancelar su afiliación a un plan Medicare Advantage sólo durante el período de inscripción anual, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, o durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, que se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle cancelar la afiliación a un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Elección.

Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid en forma reciente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Recientemente tuve un cambio en mi *Ayuda Adicional* para pagar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (obtuve la *Ayuda Adicional* en forma reciente, tuve un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Tengo Medicare y Medicaid (o bien, mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare), o bien, recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

Me mudaré a un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, una casa de reposo), vivo en dicho centro o recientemente me mudé de éste a otro lugar. Me mudé al centro/Me mudaré al centro/Me mudaré del centro a otro lugar el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me inscribiré en un programa de Atención Todo Incluido para Personas de la Tercera Edad (PACE) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me inscribiré en la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y yo deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si usted tiene dudas, comuníquese con Allwell al 1-877-935-8022 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para cancelar la afiliación. Estamos disponibles: desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, se utiliza un sistema de mensajería.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-935-8022 (TTY: 711)

Allwell tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO y HMO SNP, y con el programa Medicaid del estado. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.

FRM031665SK00 (7/19)

