

# Planes Medicare Advantage de Allwell Formulario de Cancelación de la Afiliación



Si usted solicita la cancelación de la afiliación, debe seguir recibiendo toda la atención médica de Allwell hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la afiliación. Póngase en contacto con nosotros para verificar su cancelación de la afiliación antes de solicitar servicios médicos fuera de la red de Allwell. Le notificaremos la fecha de entrada en vigor después de recibir este formulario.

Apellido	Nombre	Inicial del 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 atentamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la afiliación:

Si me inscribí en otro plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare o Medicare Advantage, comprendo que Medicare cancelará mi afiliación actual en Allwell en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Comprendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También comprendo que si cancelo la afiliación de mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare y deseo cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el futuro, es posible que deba pagar una prima mensual mayor por esta cobertura.

<b>Firma*</b>	<b>Fecha</b>
<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 a actuar en su nombre según las leyes del estado en el que usted vive. Si firma una persona autorizada (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:

- 1) Esta persona está autorizada según las leyes del estado a completar esta cancelación de la afiliación.
- 2) La documentación de esta facultad está disponible a solicitud de Allwell o Medicare.

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

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

**Por lo general, puede cancelar la afiliación de un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.** Existen excepciones que le pueden permitir cancelar la afiliación de un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a su caso. Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de elección.

Recientemente hubo un cambio en mi situación de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hice un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Recientemente hubo un cambio en la situación de mi *Ayuda Adicional* para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (adquirí recientemente *Ayuda Adicional*, hice un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

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

Me voy a mudar, vivo o recientemente me fui de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré/me fui del centro el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me inscribiré en un programa PACE el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me inscribiré en la cobertura del empleador o sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso o si no está seguro, póngase en contacto con Allwell al HMO: 1-844-796-6811 o HMO D-SNP: 1-877-935-8023 (TTY: 711) para ver si es elegible para cancelar la afiliación. 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. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (HMO) 1-844-796-6811 (TTY: 711) o (HMO D-SNP) 1-877-935-8023 (TTY: 711).

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes HMO y HMO SNP y con algunos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.