

Estimado miembro:

Adjunto está el formulario de baja que usted solicitó. Lea las instrucciones importantes en esta carta sobre cómo solicitar la cancelación de su inscripción en American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP).

¿Cuándo puedo hacer cambios en mi cobertura?

Puede cambiar de plan de salud sólo en determinadas épocas del año. Del 15 de octubre al 7 de diciembre, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, del 1 de enero al 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan Medicare Advantage (excepto un plan MSA) puede cambiar de plan o regresar a Medicare Original (y unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente). Generalmente, no puede realizar cambios en otros momentos, excepto en determinadas situaciones, como si se muda fuera del área de servicio de su plan, desea inscribirse en un plan en su área con una calificación de 5 estrellas o califica (o pierde) Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados.

¿Qué es la Ayuda Adicional?

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

¿Cuándo debo completar el formulario de solicitud de baja?

- **Debe** completar el formulario adjunto si desea cambiarse a Medicare Original únicamente y no desea la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- **No debe** completar el formulario adjunto si planea inscribirse o se ha inscrito en otro plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare. La inscripción en otro plan de Medicare cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan.
- **No debe** completar el formulario adjunto si se está inscribiendo en un plan de medicamentos recetados de Medicare. La inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare cancelará automáticamente su inscripción en American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP) en Medicare Original.

Hasta la fecha de cancelación de su inscripción, debe seguir consultando a los médicos de American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP). Para evitar gastos inesperados, es posible que desee comunicarse con nosotros para asegurarse de que su inscripción se haya cancelado antes de buscar servicios médicos fuera de la red de American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP).

¿Cómo envió la solicitud de baja?

Si desea Medicare Original, como se describe anteriormente, puede completar el formulario adjunto, firmarlo y enviarnoslo en el sobre adjunto. También puede enviarnos el formulario por fax con una firma legible y una fecha al 1-855-417-9171. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. Los usuarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cuáles son mis derechos Medigap?

Si se cambia a Medicare Original, podría tener derecho temporal a adquirir una póliza Medigap, también conocida como seguro complementario de Medicare, incluso si tiene problemas de salud. Estos derechos a veces se denominan "Emisión Garantizada (GI)". Para obtener más información sobre Medigap, consulte <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap>.

La ley federal exige que se brinden las protecciones descritas anteriormente en determinadas situaciones cuando usted cambia a Medicare Original. **Es posible que su estado tenga leyes que brinden más protecciones Medigap.** Si tiene preguntas sobre Medigap o los derechos de Medigap en su estado, debe comunicarse con el Programa de Asistencia de Seguro de Salud de su estado, Atendiendo las Necesidades de Seguro Médico de las Personas Mayores (SHINE) al 1-800-963-5337. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener más información sobre los períodos de prueba. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda, llámenos al 1-855-521-0626. Los usuarios de TTY deben llamar 1-833-312-0046. Estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. siete días a la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo; 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Lunes a Viernes 1 de Abril al 30 de Septiembre.

Gracias.



American Health Advantage of Florida
 201 Jordan Rd, Ste 200
 Franklin, TN 37067
 fl.amhealthplans.com

Si solicita la cancelación de su inscripción, debe continuar recibiendo toda la atención médica de American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP) hasta la fecha de vigencia de la cancelación de su inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar su baja antes de buscar servicios médicos fuera de la red de American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP). Le notificaremos su fecha de vigencia después de que recibamos este formulario.

Apellido:	Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr	<input type="checkbox"/> Sra	<input type="checkbox"/> Srta	<input type="checkbox"/>
Número de Medicare: (Nota: puede utilizar “Número de miembro” en lugar de “Número de Medicare”)						
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Número de teléfono de casa:				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

Lea atentamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de inscripción:

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP) en la fecha de vigencia de esa nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si me cancelo mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por esta cobertura.

Tu firma*: _____ **Fecha:** _____

* O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre según las leyes del Estado donde vive. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta desafiliación y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de American Health Advantage of Florida (HMO I-SNP) o de Medicare.

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

Nombre : _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Relación con la inscrita/o: _____