IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Normalmente, usted puede cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage solo 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 que ocurre desde el 1º de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle cancelar su inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted está certificando que, a su mejor saber y entender, usted es elegible para un Período de Elección.

- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí mi Medicaid) el (coloque la fecha) _____.

- ☐ Recientemente hubo un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve la Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (coloque la fecha) _____.

- ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o el estado en el que vivo me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.

- ☐ Me estoy mudando a un Centro de Atención a Largo Plazo, ya vivo en uno de dichos centros o recientemente he dejado de vivir en uno de dichos centros (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé a un centro / me mudaré a un centro / dejaré de vivir en uno de esos centros el (coloque la fecha) _____.

- ☐ Me voy a inscribir en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés) el (coloque la fecha) _____.

- ☐ Me voy a inscribir en la cobertura de mi empleador o sindicato el (coloque la fecha) _____.

- ☐ Fui inscrito en un plan por Medicare (o por mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en dicho plan empezó el (coloque la fecha) _____.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o usted no está seguro(a), por favor, comuníquese con Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) al 1-800-838-8271 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para cancelar su inscripción.

Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Gracias.

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-708-5976 (TTY: 711).