



Por lo general, se puede inscribir en un plan Medicare Advantage sólo durante el periodo anual de inscripciones, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque el recuadro si corresponden en su caso. Al marcar cualquiera de los siguientes recuadros, usted certifica que a su mejor entender, usted tiene derecho a un periodo de inscripciones. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su afiliación.

- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (anote la fecha) _____.
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera de este país. Regresé a EE.UU. el (anote la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- Ya no tengo derecho a recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos de venta con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (anote la fecha) _____.
- Me voy a mudar a, vivo en, o recientemente me mudé de una instalación de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o una instalación de atención a largo plazo). Me mudé/Me mudaré a/Me mudaré de la instalación el (anote la fecha) _____.
- Recientemente dejé de participar en un programa PACE el (anote la fecha) _____.
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (anote la fecha) _____.
- Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato el (anote la fecha) _____.



- Pertenezco a un programa de asistencia con medicamentos proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales requeridos para pertenecer a ese plan. Cancelaron mi afiliación al SNP el (anote la fecha)_____.

Si ninguna de las declaraciones anteriores corresponde en su caso, o si no está seguro, comuníquese a FirstCare Advantage (HMO) al 1-866-229-4969 para preguntar si tiene derecho a inscribirse. Las personas con discapacidades auditivas pueden llamar al 1-800-562-5259 (TTY). Del 1.º de octubre al 14 de febrero estamos disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. todos los días; del 15 de febrero al 30 de septiembre el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Muchas gracias.

FirstCare Advantage (HMO)
Departamento de Inscripciones

El Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA), una organización sin fines de lucro dedicada a mejorar la calidad de la atención médica, aprobó a FirstCare Advantage (HMO) el 12/31/2018.

Este plan está disponible para todas las personas que tengan tanto Medicare como Medicaid u otra asistencia médica de su estado.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Si desea información adicional, comuníquese a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-229-4969.

This information is available in other languages. Please contact our customer service number at 1-866-229-4969 for additional information.