

Si solicita la cancelación de la inscripción, debe continuar recibiendo toda la atención médica de SFHP Care Plus hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Comuníquese con nosotros para verificar su cancelación de la inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de SFHP Care Plus. Le notificaremos su fecha de entrada en vigor después de que recibamos este formulario de su parte.

Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de miembro:			
Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	Número de teléfono del hogar:	

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

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Medicare, comprendo que Medicare cancelará mi membresía actual en SFHP Care Plus en la fecha de entrada en vigor de esa nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si cancelo la inscripción de mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y deseo obtener cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta por esta cobertura.

Su firma*: _____ **Fecha:** _____

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre de conformidad con las leyes del estado donde vive. En caso de que lo firme una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según las leyes estatales para llevar a cabo esta cancelación de la inscripción, y 2) la documentación que acredita dicha autoridad estará disponible si SFHP Care Plus o Medicare la solicitan.

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Relación con el afiliado: _____

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

Lea con atención las siguientes declaraciones y en caso de que una declaración aplique a usted, marque la casilla correspondiente. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted acepta que, a su leal entender, es elegible para un período de elección.

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

Recientemente tuve un cambio en mi Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Extra Help, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí la Extra Help) el (Insertar fecha) _____.

Me mudaré a, vivo en o me mudé recientemente de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al/del centro el (insertar fecha) _____.

Me uniré a un programa PACE el (insertar fecha) _____.

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

Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con SFHP Care Plus al **1(833) 530-7327** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber si es elegible para cancelar la inscripción. Estamos disponibles de 8:00am–8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo, cerramos los sábados y domingos de abril a septiembre.