

Formulario para solicitar la finalización del plan (desafiliación) y Cuestionario sobre la elección especial

Lea detenidamente la información a continuación antes de completar las 4 secciones informativas y colocar su firma y la fecha en este formulario.

- Si solicita finalizar su plan, debe continuar utilizando su cobertura de Humana Medicare para todo el cuidado médico hasta su fecha de finalización.
- Al finalizar su Plan Medicare Advantage (MA) de Humana, sus Beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) agregados a su plan, por ejemplo, los beneficios dentales o de la visión, también finalizarán automáticamente.
- Por lo general, puede finalizar un Plan Medicare Advantage (MA) solo durante el Período de elección 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 pueden permitirle finalizar su Plan Medicare Advantage (MA) fuera de este período.
- Le notificaremos la fecha de finalización de su plan una vez que se haya procesado este formulario. Por lo general, los planes de Medicare finalizan el último día del mes en que se recibe la solicitud cuando se utiliza un Período especial de elección. Durante el Período de elección anual, el plan finalizará el 31 de diciembre. Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas sobre la fecha de finalización de su plan antes de buscar servicios médicos.

Yo, el abajo firmante, solicito finalizar la afiliación en el plan de Humana indicado a continuación y acepto lo siguiente:

- Si me he afiliado a otro Plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de Medicare, comprendo que mi afiliación actual en un Plan Medicare Advantage (MA) de Humana finalizará en la fecha de vigencia de la nueva inscripción.
- Comprendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan en este momento.
- También comprendo que si estoy finalizando mi plan de medicamentos recetados de Medicare y, si no tengo otra cobertura tan buena como la de Medicare, es posible que deba pagar una multa por afiliación tardía de por vida por la cobertura para medicamentos recetados en el futuro.

1. Información del afiliado

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
ID del afiliado/a*:		Fecha de finalización del plan solicitada**:
Teléfono: ()		

*Su número de identificación de Humana aparece en su tarjeta de identificación de Humana y comienza con una "H".

** **Por lo general, los planes de Medicare finalizan el último día del mes en que se recibe la solicitud** cuando se utiliza un Período especial de elección. Durante el Período de elección anual, el plan finalizará el 31 de diciembre.

2. Firma del afiliado/a e información del representante autorizado

Firma del afiliado/a**:	Fecha:
-------------------------	--------

**Si el afiliado no puede firmar, debe firmar arriba una persona que esté autorizada para hacerlo en virtud de las leyes estatales del estado de residencia del afiliado. Esta firma certifica que la persona que firma está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta desafiliación. También certifica que se encuentra disponible una prueba escrita de esta autorización si el plan o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) lo solicitan. Los CMS son la agencia federal que administra Medicare y Medicaid.

Si usted es el representante autorizado, complete esta sección a continuación. Si no tenemos esta información, es posible que no podamos procesar la solicitud de desafiliación.

Nombre:	Vínculo con el afiliado/a:
Dirección:	
Teléfono: ()	

3. Información del plan del afiliado y Período especial de elección

Seleccione el/los plan(es) que desea finalizar:

<input type="checkbox"/> Medicare Advantage (MA)	<input type="checkbox"/> Beneficios suplementarios opcionales
<input type="checkbox"/> Medicare Advantage con medicamentos recetados (MAPD)	<input type="checkbox"/> Otro:

Lea las siguientes afirmaciones detenidamente y marque la casilla o las casillas si las afirmaciones se aplican en su caso. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, o todas estas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período especial de elección.

<input type="checkbox"/> 1. Tengo Medicaid o Ayuda adicional para pagar mi cobertura para medicamentos recetados de Medicare y se ha producido un cambio en los últimos (3) meses. Si es así, ¿cuándo?: __/__/__(mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> 7. * Tengo Medicaid o Ayuda adicional para pagar mi cobertura para medicamentos recetados de Medicare y no he producido cambios en los últimos 3 meses. Si es así, ¿cuándo?: __/__/__(mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> 2. Vivo en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo.	<input type="checkbox"/> 8. Estoy inscrito o me he inscrito en un Programa de cuidados integrales para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).
<input type="checkbox"/> 3. He perdido el seguro con un patrono, plan de jubilación, sindicato, plan de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) o el patrono, sindicato o plan COBRA de mi cónyuge en los últimos dos (2) meses.	<input type="checkbox"/> 9. Es mi primer año de afiliación en un plan MA o MAPD y cancelé un plan de Seguro suplementario de Medicare para inscribirme en mi plan de Humana
<input type="checkbox"/> 4. Tengo pensado mudarme a un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo. Si es así, ¿cuándo?: __/__/__(mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> 10. Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Si es así, ¿cuándo?: __/__/__(mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> 5. Me he mudado de un hogar de ancianos o de otro centro de cuidados de largo plazo en los últimos tres meses.	<input type="checkbox"/> 11. **Tengo cobertura válida a través de cualquiera de los grupos que se enumeran a continuación. "Cobertura válida" significa un plan de medicamentos recetados que es al menos tan bueno como el plan de medicamentos recetados básico de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> • La Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) • Tricare • Programa Estatal Calificado de Asistencia de Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés) • Seguro indígena o tribal • Otra aseguradora • Triple S
<input type="checkbox"/> 6. Tengo seguro con mi patrono, plan de jubilación, sindicato, plan de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) o el patrono, el sindicato o el plan COBRA de mi cónyuge.	

*Existen restricciones a la cantidad de veces al año que se puede usar esta elección especial y no se puede usar del 1 de octubre al 3 de diciembre.

**Esta elección especial solo puede utilizarse si finaliza un Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) o Plan Medicare Advantage (MA) con cobertura para medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés).

4. Envíe el formulario a Humana

Envíe todas las páginas del formulario firmado por correo o fax:

Enviar por correo a:	O
Humana	Enviar por fax a:
Attn: Medicare Disenrollment	Humana
PO Box 14168	Attn: Medicare Disenrollment
Lexington, KY 40512-4168	1-800-633-8188