

Formulario de cancelación de la inscripción de CenCal CareConnect (HMO D-SNP)

Si solicita la cancelación de su inscripción, debe seguir recibiendo toda la atención médica de CenCal CareConnect (organización para el cuidado de la salud [Health Maintenance Organization, HMO] y plan de necesidades especiales de doble elegibilidad [Dual Special Needs Plan, D-SNP]) hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la inscripción. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de CenCal CareConnect. Llame a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico. Le notificaremos su fecha de entrada en vigor después de que recibamos este formulario.

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Medicare: (Nota: Puede usar el "número de miembro" en lugar del "número de Medicare")		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de casa:

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

Si me inscribí en otro plan de Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en CenCal CareConnect 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 mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero tener cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta por esta cobertura.

Su firma*:	Fecha:
------------	--------

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre según las leyes del estado donde vive. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de CenCal CareConnect o de Medicare.

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

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:
Relación con el afiliado:

Envíe por fax o correo su formulario llenado y cualquier información de respaldo a:

Dirección:
CenCal CareConnect (HMO D-SNP)
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110

Número de fax:
1-805-692-1684

**Anexo 10a: Información que debe incluirse en o junto con el Formulario de cancelación de la inscripción:
Certificación de elegibilidad para un periodo de elección**

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

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un periodo de elección.

- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.
- Me voy a mudar a, vivo en o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (insertar fecha) _____.
- Me uniré a un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el (insertar fecha) _____.
- Me uniré a la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Me inscribí 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 CenCal CareConnect (HMO D-SNP) al 1-877-814-1861 (los usuarios de TTY deben llamar a CA Relay al 711) para ver si es elegible para cancelar su inscripción. Estamos disponibles los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico.