



Plan Individual

Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO/HMO-POS)

Formulario de Inscripción 2025

Plan Individual de la Región de los Estados del Atlántico Medio

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage

Para inscribirse en el plan debe:

- Ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- A los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que tiene permitido inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe llenar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no llenarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.



¿Ha pensado en mejor inscribirse en kp.org/enrollonline (haga clic en "Español")? Es una forma rápida, segura y fácil de presentar su solicitud.

- En general, la fecha de vigencia de su cobertura se basa en el momento en que recibimos su solicitud de inscripción. Si envía su solicitud por correo, tenga en cuenta que la fecha del matasello no se considera la fecha en la que el plan recibe la solicitud y no determina la fecha de vigencia de su cobertura. Kaiser Permanente debe recibir las solicitudes de inscripción elegibles para la fecha de vigencia del primero del mes siguiente a más tardar el último día del mes anterior a esa fecha de vigencia.
- Le enviaremos una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sigue?

Envíe el formulario completado y firmado a:

Kaiser Permanente - Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

También puede enviar su formulario completado por FAX o CORREO ELECTRÓNICO:

FAX: **1-855-355-5334**

CORREO ELECTRÓNICO:

KPMedicareEnrollments@kp.org

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo.
- Le haremos saber a Medicare que usted solicitó un plan de salud individual de Medicare de Kaiser Permanente.

- En un plazo de 10 días calendario después de que Medicare confirme su elegibilidad, le informaremos cuándo inicia su cobertura. Luego, le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente e información para los miembros nuevos.
- Puede revisar el progreso de su solicitud en línea en kp.org/Medicare/estadodesolicitud.

¿Cómo obtengo ayuda para llenar este formulario?

Llame a Kaiser Permanente al **1-888-777-5536**.

Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

En español: Llame a Kaiser Permanente al **1-888-777-5536/TTY 711**.

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado de correo postal, una dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (p. ej. cheques del seguro social).

Nombre

Número de historia clínica de Kaiser Permanente (para miembros actuales o anteriores)

Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Marque el plan en el que desea inscribirse:

MARYLAND: Ciudad de Baltimore y condado de Baltimore

- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value Balt** (HMO): \$0 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard MD** (HMO-POS): \$21 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **High MD** (HMO-POS): \$104 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Liberty without Part D** (HMO): \$0 al mes

MARYLAND: Anne Arundel, Calvert*, Carroll, Charles*, Frederick*, Harford, Howard, Montgomery y Prince George

- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value MD** (HMO): \$0 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard MD** (HMO-POS): \$21 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **High MD** (HMO-POS): \$104 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Liberty without Part D** (HMO): \$0 al mes

*Los condados marcados con asterisco tienen solo cobertura parcial por parte de nuestra área de servicio. Si vive en un condado que está cubierto de manera parcial, consulte el Resumen de Beneficios (Summary of Benefits) para obtener una lista de los códigos postales que se encuentran en nuestra área de servicio.

MARYLAND: condados de Howard y Montgomery

- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Care Plus MD** (HMO-POS): \$27 al mes

DISTRITO DE COLUMBIA:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value DC** (HMO-POS): \$0 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard DC** (HMO-POS): \$30 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **High DC** (HMO-POS): \$105 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Liberty without Part D** (HMO): \$0 al mes

VIRGINIA: Las ciudades de Falls Church, Fairfax, Fredericksburg, Alexandria, Manassas y Manassas Park; los condados de Arlington, Fairfax, Loudoun, Prince William, Spotsylvania y Stafford

- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value VA** (HMO-POS): \$0 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard VA** (HMO-POS): \$15 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **High VA** (HMO-POS): \$137 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Liberty without Part D** (HMO): \$0 al mes

VIRGINIA: Las ciudades de Falls Church, Fairfax, Alexandria, Manassas y Manassas Park; los condados de Arlington, Fairfax, Loudoun y Prince William

- Kaiser Permanente Medicare Advantage **Care Plus VA** (HMO-POS): \$26 al mes

Nombre

Advantage Plus (paquete de beneficios adicionales opcionales):

¿También le gustaría agregar Advantage Plus a su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage? El paquete Advantage Plus es opcional. Puede agregar más beneficios por un monto adicional al mes. La prima mensual de Advantage Plus se agregará a su prima mensual de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Sí No Si la respuesta es "Sí", elija un plan Advantage Plus:

Advantage Plus Opción 1: incluye cobertura dental integral (asignación de \$500 total con coseguro de 50 %), de audición (asignación de \$1,000 por oído cada 3 años) y de anteojos (asignación de \$275 cada 2 años) por **\$18** al mes para agregarse a su prima mensual de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Advantage Plus Opción 2: incluye cobertura dental integral adicional (asignación anual total de \$1,000 con coseguro de 50 %) por **\$23** al mes para agregarse a su prima mensual de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Advantage Plus Opciones 1 y 2: incluye cobertura dental integral adicional (asignación de \$1,500 total con coseguro de 50 %), de audición (asignación de \$1,000 por oído cada 3 años) y de anteojos (asignación de \$275 cada 2 años) por **\$41** al mes para agregarse a su prima mensual de Kaiser Permanente Medicare Advantage.

APELLIDO:

Género:

Hombre Mujer

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

Número de teléfono de su casa:

Número de teléfono celular:

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal se puede considerar como su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, solo si es diferente a su dirección permanente (se permiten los apartados postales):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo electrónico:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Nombre

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos de venta con receta (como VA, TRICARE) aparte de la de Kaiser Permanente?

Sí No

Si respondió "Sí", mencione la cobertura adicional y los números de identificación (ID) para dicha cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

N.º de identificación de esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura:

2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si contestó "Sí", proporcione su número de Medicaid:

**Lea esta Información Importante**

Si tiene actualmente cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, afiliarse al plan Kaiser Permanente podría afectar los beneficios que tiene por parte de su empleador o sindicato. Si se afilia al plan de Kaiser Permanente, podría perder la cobertura médica que tiene por parte de su empleador o sindicato. Lea las cartas que le envíe su empleador o su sindicato. Si tiene alguna pregunta, ingrese a su sitio web o comuníquese con la oficina que se menciona en las comunicaciones. Si no aparece información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrían ayudarle.

Condiciones de inscripción para beneficios adicionales opcionales de Advantage Plus

Si marcó "Sí" para agregar el paquete de beneficios suplementarios opcionales Advantage Plus en la página 2, lea la siguiente información.

Al completar esta solicitud de inscripción:

- Acepto añadir el paquete de beneficios adicionales opcionales de Advantage Plus que me da beneficios adicionales por la prima adicional, que se agregará a las primas de Medicare y Kaiser Permanente Medicare Advantage que pago.
- Entiendo que el paquete de beneficios adicionales opcionales que he seleccionado agrega más beneficios a mi cobertura de Kaiser Permanente Medicare Advantage y está sujeto a los términos y condiciones establecidos en la **Evidencia de Cobertura** (Evidence of Coverage) de Kaiser Permanente Medicare Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios adicionales opcionales Advantage Plus solo se ofrece a los miembros inscritos en un Plan Individual Kaiser Permanente Medicare Advantage.
- Entiendo que puedo cancelar mi inscripción en la cobertura de Advantage Plus en cualquier momento. Si cancelo mi suscripción, no seré elegible para inscribirme de nuevo hasta las siguientes fechas: 1) del 15 de octubre al 31 de diciembre, para que la cobertura entre en vigor el 1 de enero; 2) del 1 de enero al 31 de marzo, o 3) en un plazo de 30 días tras la fecha en la que haga un cambio de plan Kaiser Permanente Medicare Advantage durante otro periodo de inscripción especial, para que la cobertura entre en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en la que se reciba la solicitud.

Nombre **IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Kaiser Permanente es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo mantener el Seguro Hospitalario (Parte A) y el Seguro Médico (Parte B) para seguir en Kaiser Permanente.
- Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o una cobertura de medicamentos de venta con receta acreditada (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía, si me inscribo en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare más adelante.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage o al plan Medicare Advantage Prescription Drug Plan, reconozco que Kaiser Permanente compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la Ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). La respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción al plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otros planes MA (aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Kaiser Permanente, los médicos del plan de salud de Kaiser Permanente y los proveedores afiliados a la red serán la fuente principal de mis beneficios médicos y de medicamentos recetados. Esto significa que cuando comience mi cobertura de Kaiser Permanente, toda mi atención médica, excepto la atención de emergencia o de urgencia, **o los servicios de diálisis fuera del área**, debe ser brindada o coordinada por un médico de la red de Kaiser Permanente, a menos que mi plan tenga un beneficio o componente fuera de la red como se describe en el documento de **Evidencia de Cobertura** (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Kaiser Permanente que se incluyan en el documento de **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente. Ni Medicare ni Kaiser Permanente pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi afiliación en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si un representante autorizado (como se describe anteriormente) firma, esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y
 2. Los documentos de esta autorización están a disposición de Medicare si los solicita.

Firma del afiliado o representante autorizado: Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado del afiliado, lo que significa que da fe de que está legalmente autorizado para llenar esta solicitud de inscripción en su nombre de conformidad con la ley estatal (poder legal, tutela legal ordenada por el tribunal, etc.), firme arriba y proporcione su información a continuación:

Nombre: Dirección: Número de Teléfono: Relación con la persona inscrita:

Nombre

Para futuras preguntas o solicitudes relacionadas con su membresía, no dude en enviar una copia del documento de representante autorizado a: Kaiser Permanente - Medicare Unit P.O. Box 232400 San Diego, CA 92193-2400 o FAX: **1-855-355-5334** o CORREO ELECTRÓNICO: **KPMedicareEnrollments@kp.org**. No se requiere una copia del documento de representante autorizado para completar esta solicitud de inscripción.

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura si no las responde.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No soy de origen hispano, latino o español Sí soy mexicano(a), mexicano(a)-estadounidense, chicano(a)
- Sí soy puertorriqueño(a) Sí soy cubano(a)
- Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska Negro o afroamericano
- Asiático: Nativo de Hawái e isleño del Pacífico:
- Indígena asiático Guamaní o chamorro
- Chino Nativo de Hawái
- Filipino Samoano
- Japonés Otra raza de las islas del Pacífico
- Coreano Blanco
- Vietnamita **Prefiero no responder**
- De otro país asiático

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- Mujer Uso un término diferente:
- Hombre **Prefiero no responder**
- No binario

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se percibe? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay Uso un término diferente:
- Heterosexual, que no es gay ni lesbiana No sé
- Bisexual **Prefiero no responder**

Nombre

Marque una de las casillas si preferiría que le enviáramos la información en un idioma que no sea inglés.

Español

Marque una de las casillas si preferiría que le enviáramos la información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Llame a Kaiser Permanente al **1-888-777-5536** si necesita información en un formato accesible diferente al que se mencionó antes. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

¿Trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No N/A

Pago de la Prima del Plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que deba actualmente o que pudiera deber) por correo, teléfono o en línea cada mes. **También puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática mensual de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual de la Parte D debido a los Ingresos (Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) (IRMAA de la Parte D), tendrá que pagar este monto adicional más la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o bien, Medicare (o la RRB) le facturará. **NO** pague a Kaiser Permanente el IRMAA de la Parte D.

Seleccione una opción de pago de prima: Si no selecciona una opción de pago de prima, deberá pagar su factura por correo, por teléfono o en línea de acuerdo con la opción predeterminada. Recibirá una factura de acuerdo con la opción de pago seleccionada. Si no desea recibir una factura, inicie sesión en kp.org/español para actualizar sus preferencias para recibir la facturación de manera electrónica.

Pague mensualmente por correo, por teléfono o en línea.

Después de que reciba su primera factura, podrá elegir una opción de pago diferente.

- Puede deducir su pago mensual automáticamente de su cuenta bancaria. Llámenos al **1-888-777-5536 (TTY 711)** para solicitar un Formulario de Selección de Pago Automático de Medicare o si tiene alguna pregunta.
- Para pagar con una tarjeta de crédito o de débito, ingrese a **kp.org/mas/onlinebilling** (haga clic en "Español") o llámenos al **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Necesitará la información de su cuenta que aparece en su factura para realizar un pago.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). **Obtengo beneficios mensuales de:** Seguro Social RRB

Nombre **Medicare Prescription Payment Plan para inscritos en la Parte D:**

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage que incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, también conocido como plan Medicare Advantage Prescription Drug (MAPD), es elegible para participar en el Medicare Prescription Payment Plan.

¿Le gustaría participar en el **Medicare Prescription Payment Plan**?

- El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago voluntario que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo de los medicamentos de Medicare Parte D distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre).
- **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**
- Es posible que esta opción de pago no sea la mejor elección para usted si recibe ayuda para pagar los costos de los medicamentos recetados a través de programas como Extra Help o un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).
- Para obtener más información sobre el Medicare Prescription Payment Plan, visite kp.org/seniormedrx (haga clic en "Español").

Sí No

Términos y condiciones del Medicare Prescription Payment Plan**Si eligió participar en el Medicare Prescription Payment Plan:**

- Entiendo que al marcar "Sí" en este formulario solicito participar en el Medicare Prescription Payment Plan. Kaiser Permanente se comunicará conmigo si necesitan más información.
- Entiendo que mi firma en este formulario significa que he leído y entendido su contenido.
- **Kaiser Permanente me enviará una notificación para informarme que mi participación en el Medicare Prescription Payment Plan está activa.** Hasta entonces, entiendo que no participo en el Medicare Prescription Payment Plan.

Para personas que ayudan a un afiliado con el llenado de este formulario únicamente

Complete esta sección si es una persona (p. ej., agente, corredor, asesor del State Health Insurance Assistance Program [SHIP], familiar o tercero) que está ayudando a un afiliado a llenar este formulario. No llene esta sección si es el afiliado o su representante legal o autorizado.

Nombre: Relación con la persona inscrita: Firma: Número de productor nacional (agentes y corredores únicamente)

Nombre

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", N.º del sistema 09-70-0588. La respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción al plan.

Agent Use Only:

Receipt Date Released to client for submission

Effective Date of Coverage

ICEP/IEP AEP SEP (reason if SEP)

Appointment type Scope of Appointment attached Yes No

Name of Kaiser Permanente staff member

Broker or agent name Kaiser Permanente agent ID number

Company/house name (if applicable)

Kaiser Permanente house ID number Phone number

Nombre

Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Inscripción

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

Lea las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción. Si más adelante determinamos que la información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Me mudé recientemente del área de servicio de mi plan actual o recién me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (anotar la fecha) .
- Recientemente salí de la cárcel. Fui liberado el (anotar la fecha) .
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país de forma permanente. Regresé a los Estados Unidos el (anotar la fecha) .
- Recientemente obtuve mi condición de residente legal de los Estados Unidos. Obtuve la residencia legal el (anotar la fecha) .
- Recientemente se hizo un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, hice un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (anotar la fecha) .
- Recientemente se hizo un cambio en mi Extra Help para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (recién obtuve Extra Help, hubo un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el (anotar fecha) .
- Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un centro de adultos mayores o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (anotar la fecha) .
- Recién abandoné un plan del Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) el (anotar la fecha) .
- Recién perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta (equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (anotar la fecha) .

Nombre

- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (anotar la fecha) .
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan inició el (anotar la fecha) .
- Estuve inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (anotar la fecha) .
- Me afectó una emergencia o un gran desastre (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las declaraciones anteriores aplica en mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre.
- Estoy en un plan que fue asumido recientemente por el estado debido a problemas financieros. Quiero cambiar de plan.
- Estoy en un plan que ha tenido una calificación menor de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 o más estrellas.
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un periodo de inscripción especial para el que calificué debido a una circunstancia excepcional. Deseo inscribirme en un plan de Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el periodo de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Deseo inscribirme en un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
- Soy nuevo en Medicare, y se me notificó sobre cómo recibir Medicare después del comienzo de mi Parte A o Parte B.

Si es elegible para un periodo de inscripción que no se encuentra en la lista anterior, puede continuar sin seleccionar nada. Kaiser Permanente podría comunicarse con usted para verificar su periodo de inscripción si este no es evidente. Si no sabe con certeza o tiene preguntas sobre los periodos de inscripción, llame a Kaiser Permanente al **1-888-777-5536** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber si reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.