



Formulario de desafiliación



P.O. Box 30007, Pittsburgh, PA 15222-0330

Llene y lea atentamente toda la información en ambos lados de esta hoja antes de firmar y poner la fecha en el formulario de desafiliación. Le notificaremos la fecha de entrada en vigencia de su desafiliación después de recibir este formulario de usted.

En vez de enviar una solicitud de desafiliación a SilverScript Individual PDP usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para desafiliarse por teléfono. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Apellido	Nombre	Inicial del 2do nombre
Identificación de miembro		
Fecha de nacimiento	Sexo ☐ M ☐ F	Teléfono de la casa ()

Al llenar esta solicitud de desafiliación, acuerdo lo siguiente:

SilverScript me notificará sobre la fecha de desafiliación después de recibir este formulario. Entiendo que hasta que mi solicitud para abandonar el plan entre en vigencia, debo seguir llenando mis recetas en las farmacias de la red SilverScript para recibir beneficios de medicamentos recetados. Entiendo que hay periodos limitados en los que podré afiliarme a otros planes de medicamentos de Medicare, a menos que califique para circunstancias especiales. Entiendo que me estoy desafiliando de mi Plan de Medicamentos Recetados de Medicare y, si no tengo otra cobertura tan buena como Medicare, podría tener que pagar una Parte D penalidad por inscribirme tarde en esta cobertura en el futuro. Entiendo que todavía soy responsable de pagar cualquier prima que se me facture antes de la fecha de entrada en vigor de la desafiliación, en caso de que se apruebe.

Firma* _____ Fecha: _____

- * O la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de la persona, bajo las leyes del Estado en el que dicha persona reside. Si está firmado por una persona autorizada, esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo las leyes del Estado a desafiliarse de este plan y 2) La documentación sobre esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, usted debe ofrecer la siguiente información:	
Nombre:	_____
Dirección:	_____
Número de teléfono: () _____ - _____	Relación con el miembro: _____

Certificación de elegibilidad para un periodo de elección

Por lo general, Medicare sólo permite que los beneficiarios se desafilien o se cambien de plan durante el Periodo de Inscripción Anual que va desde 15 de octubre hasta 7 de diciembre de cada año. Adicionalmente, hay algunas excepciones que podrían permitirle desafiliarse de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare fuera de este periodo.

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla (o casillas) si estas afirmaciones se aplican a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su mejor saber y entender, es elegible para un Periodo Especial de Inscripciones.

- ☐ Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de recibir Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indicar fecha) _____.
- ☐ Tengo u obtendré Tricare, cobertura de servicio para nativos americanos o cobertura de veteranos VA el (indicar fecha) _____.
- ☐ Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de recibir Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (indicar fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- ☐ Me mudaré o actualmente vivo en una institución de cuidados a largo plazo (LTC) (por ejemplo, un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/de una institución en (indicar fecha) _____.
- ☐ Recientemente me mudé fuera de una institución de cuidados a largo plazo. Me mudé fuera de una institución en (indicar fecha) _____.
- ☐ Me afilié o me afiliaré a un programa PACE el (indicar fecha) _____.
- ☐ Me inscribí o me inscribiré en un plan de salud de un empleador o de un sindicato (indicar fecha) _____.
- ☐ Me inscribí o me inscribiré en un Plan de Necesidades Especiales de Medicare Advantage (MA SNP) en _____.
- ☐ Tengo u obtendré otra cobertura acreditada (esto incluye cobertura a través del plan del empleador del cónyuge). Esta cobertura no está indicada arriba y es al menos tan buena como la cobertura de Medicare. Mi cobertura entrará en vigor el (indicar fecha y nombre de la nueva cobertura) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indicar fecha) _____.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o si no está seguro, llame al 1-844-275-8120 (los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 711) para ver si es elegible para desafiliarse. Estamos abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo debo presentar una solicitud de desafiliación?

Llene este formulario y el formulario de desafiliación adjunto, sólo si ya no desea tener cobertura de medicamentos recetados de Medicare y desea desafiliarse de esta cobertura completamente.

Para desafiliarse de SilverScript, haga la selección apropiada arriba y llene el formulario de desafiliación adjunto. Envíenos ambos formularios en el sobre adjunto para que podamos completar su solicitud. También puede enviarnos los formularios por fax al 1-866-552-6205.

En vez de enviarle una solicitud de desafiliación a SilverScript, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para desafiliarse por teléfono. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Al salirse del plan de SilverScript Individual PDP, está abandonando su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en otro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (o en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados) o si no tiene ni obtiene cobertura al menos tan buena como la cobertura de Medicare (también referida como “cobertura acreditada”) dentro de los dos meses siguientes, podría tener que pagar una penalidad por inscribirse tarde de la Parte D si se inscribe en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. Para obtener información sobre los planes de Medicare disponibles en su área, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

En caso de preguntas, llame al 1-844-275-8120, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 711.

Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener una descripción completa de beneficios del plan, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y disponibilidad del plan podrían cambiar de acuerdo con el área de servicio.