



Formulario de desafiliación

Complete y lea atentamente toda la información a continuación antes de firmar y fechar este formulario de desafiliación. Le notificaremos su fecha de vigencia después de que recibamos este formulario.

En vez de enviar su solicitud de desafiliación a **Elixir Insurance**, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para desafilarse por teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Fax: 1-866-250-5178.

| | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|---|
| Apellido: | Nombre: | Inicial de segundo nombre | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sta. <input type="checkbox"/> Ss. |
| Número de identificación de miembro: | | | |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Teléfono de la casa: () | |

Al completar esta solicitud de desafiliación, acepto lo siguiente:

Elixir Insurance me notificará la fecha de cancelación de mi inscripción después de recibir este formulario. Entiendo que hasta que mi desafiliación sea efectiva, debo continuar surtiendo mis recetas en las farmacias de la red de **Elixir Insurance** para obtener cobertura. Entiendo que hay tiempos limitados en los que podré afiliarme a otros planes de Medicare, a menos que califique para ciertas circunstancias especiales. Entiendo que estoy desafilándome de 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 inscripción tardía para esta cobertura en el futuro.

Firma del afiliado* _____ Fecha: _____

* O de la persona autorizada para actuar en nombre del afiliado bajo las leyes del Estado donde reside el afiliado. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta desafiliación y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

| | |
|--|--|
| Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información: | |
| Nombre: _____ | |
| Dirección: _____ | |
| Teléfono #: (____) _____ - _____ | Relación con el afiliado: _____ |

Elixir Insurance es un plan de medicamentos recetados con contrato de Medicare.
La inscripción en **Elixir Insurance** depende de la renovación del contrato.
7835 Freedom Avenue NW, North Canton, Ohio 44720
Servicio a Miembros: 1-866-250-2005; Fraude, Despilfarro y Abuso: 1-866-417-3069

Por lo general, usted puede desafiliarse de un plan de medicamentos recetados de Medicare solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle desafiliarse de un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de este período.

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 Período de Elección.

- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Ayuda Extra recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (insertar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me voy a mudar a, vivo en o salí recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé a/me mudaré a/saldré de este centro el (insertar fecha) _____.
- Me voy a afiliarme a un programa PACE en (inserte fecha) _____.
- Me voy a afiliarme a la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Yo estaba inscrito en un plan de Medicare (o 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 **Elixir Insurance** al 1-866-250-2005 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para cancelar su inscripción. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Fax: 1-866-250-5178.