Formulario de Desafiliación

Si solicitó darse de baja, tiene que seguir obteniendo toda su atención médica de Leon Health, Inc. hasta la fecha de vigencia de la baja. Comuníquese con nosotros para verificar su baja antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Leon Health, Inc. Le avisaremos de la fecha de vigencia después que recibamos de usted este formulario.

Apellido:	1er Nombre:	Letra inicial del 2do nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
Número de Medicare: (Advierta: Puede emplear el "Número de Miembro" en lugar del "Número de Medicare")			
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número telefónico de la casa: ( )	

Favor de leer y después rellenar los espacios en blanco a continuación con la información solicitada antes de firmar este formulario de darse de baja y ponerle la fecha:

Si me he inscrito en otro Plan de Medicamentos Medicare Advantage o de Medicare, tengo entendido que Medicare cancelará mi afiliación actual a Leon Health, Inc. en la fecha en que la afiliación nueva se haga vigente. Entiendo que tal vez no pueda inscribirme en otro plan en estos momentos. También entiendo que si me doy de baja de mi cobertura de medicamentos por receta de Medicare y quiero cobertura de medicamentos por receta en el futuro, puede 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 en que usted vive. Si lo firma la persona autorizada (descrita anteriormente), con esta firma se certifica:

1) Que dicha persona está autorizada, según las leyes del estado, para llevar a cabo esta baja y

2) que los documentos correspondientes a esta autorización se pondrán a la disposición de Leon Health, Inc. o de Medicare cuando se soliciten.

Si es el representante autorizado, es imprescindible que aporte la información solicitada a continuación:

Nombre: _____
Dirección:_____
Número telefónico: (_____) - _____
Relación o parentesco con el afiliado _____

Normalmente, usted se puede dar de baja de un Plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año o durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, desde el 1ro de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle darse de baja de un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Favor de leer atentamente las afirmaciones siguientes y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, usted certifica, a su buen saber y entender, que está apto para el Período de Elección.

☐ Hace poco que hubo un cambio en mi Medicaid (acaba de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el día (insert date) _____.

☐ Hace poco que hubo un cambio en la ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos por receta de Medicare (acaba de recibir la Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdió la Ayuda Adicional) el día (insert _____.

☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional en pagar la cobertura de medicamentos por receta de Medicare, pero no ha habido cambio.

☐ Me mudo a un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo), vivo en el mismo o hace poco que me mudé de un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudo al centro/me mudo del centro el día (insert date) _____.

☐ Voy a afiliarme a un programa PACE el día (insert date) _____.

☐ Voy a inscribirme en cobertura de empleador o sindicato el día _____.

☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir a un plan distinto el día (insert date) _____.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o si no está seguro, favor de comunicarse con Leon Health, Inc. al 844-969-5366/1-844-9-MY-LEON. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1ro de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes el resto del año.