



**Community Health Choice**  
 P.O. Box 301413  
 Houston, TX 77230  
 Línea gratuita: (833) 276-8306 TTY: 711  
 Local: (713) 295-5007  
 www.communityhealthchoice.org

Si solicita la cancelación de la cobertura, debe continuar recibiendo atención médica a través de Community Health Choice HMO D-SNP (Community) hasta la fecha de vigencia de la cancelación. Póngase en contacto con nosotros para verificar su cancelación antes de solicitar servicios médicos fuera de la red de Community. Le notificaremos su fecha de vigencia después de recibir su formulario.

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Sr. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>	Srta. <input type="checkbox"/>	Sra. <input type="checkbox"/>
Número de Medicare: (Nota: puede utilizar 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 su casa: (    )				

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

Si me inscribí en otro Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o Medicare Advantage, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Community a partir de la fecha de vigencia de la nueva inscripción. Entiendo que tal vez no pueda inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que si cancelo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero volver a tenerla en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta para esta cobertura.

**Su firma\*:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre según las leyes del Estado en el que resida. Si un individuo autorizado firma este documento (como se describe anteriormente), dicha firma certifica lo siguiente:

- 1) que esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar la presente cancelación de póliza, y
- 2) que la documentación de esta autoridad se encuentra disponible a petición de Community o Medicare.

Si usted es el representante legal, debe brindar la siguiente información:  Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____ Relación con la persona inscrita: _____
--



**Community Health Choice**  
P.O. Box 301413  
Houston, TX 77230  
Línea gratuita: (833) 276-8306 TTY: 711  
Local: (713) 295-5007  
[www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org)

**Generalmente, puede cancelar su póliza de un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle cancelar un plan de Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que le corresponda. Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted declara que, a su leal saber y entender, cumple con los requisitos para un período de elección.

- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acaba de obtener Medicaid, cambió el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (ingrese la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acaba de obtener ayuda Adicional, cambió el nivel de ayuda adicional o perdió ayuda adicional) el (ingrese la fecha)\_\_\_\_\_.
- Cuento con Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Voy a mudarme a un centro de atención a largo plazo, vivo o recientemente me mudé de dicho lugar (por ejemplo, un hogar de descanso o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro/me mudaré del centro el (ingrese la fecha)\_\_\_\_\_.
- Voy a unirme a un programa PACE el (ingrese la fecha)\_\_\_\_\_.
- Voy a unirme a la cobertura de empleador o sindicato el (ingrese la fecha)\_\_\_\_\_.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha)

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o no está seguro, contáctese con Community al 833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si cumple con los requisitos para cancelar su póliza. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.