



**INSTRUCCIONES PARA INSCRIBIRSE EN ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE HMO,
ASPIRE HEALTH ADVANTAGE HMO, o
ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS HMO-POS**

PASO UNO: Elegibilidad para la inscripción

Usted es elegible para inscribirse en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus si cumple con lo siguiente:

- Tiene derecho a la Parte A de Medicare (seguro de hospital) y está inscrito en la Parte B (seguro médico).
- Reside en el condado de Monterey, California.
- **No** padece enfermedad renal terminal (ESRD) o insuficiencia renal que requiera un programa de diálisis continuo; o, si **ha padecido** ESRD y ha necesitado diálisis, pero **ha tenido** un trasplante de riñón exitoso dentro de los últimos 36 meses y **ya no necesita** diálisis (se requiere documentación de su médico).

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD) solo durante el período de elección anual (AEP), desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Si tiene preguntas, póngase en contacto con nosotros a los números que se incluyen más adelante.


PASO DOS: Lea atentamente los materiales

Revise los materiales que se adjuntan para conocer los planes Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage y Aspire Health Advantage Plus. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros a los números que se incluyen más adelante.

PASO TRES: Complete el formulario de inscripción

Complete el formulario de solicitud de inscripción individual de Aspire Health Advantage Value/Aspire Health Advantage/Aspire Health Advantage Plus.

- Cada solicitante deberá completar un formulario de inscripción por separado.
- Tenga a mano su tarjeta de Medicare. Se le solicitará que complete la información sobre sus beneficios de Medicare **EXACTAMENTE** como aparecen en su tarjeta de Medicare:

MEDICARE  HEALTH INSURANCE	
SAMPLE ONLY	
Name: _____	
Medicare Claim Number _____	Sex _____
_____ - _____ - _____	
Is Entitled To _____	Effective Date _____
HOSPITAL (Part A) _____	
MEDICAL (Part B) _____	

- **Seleccione su médico de atención primaria.** Asegúrese de escribir el nombre y la ubicación del médico tal como aparecen en el Directorio de proveedores/farmacias de Aspire Health Plan.
- **Lea las preguntas y responda.**
- **Lea la sección titulada “Información importante”.**

- **Firme y feche el formulario.** Su inscripción no está completa sin una firma. Revise y asegúrese de completar bien todas las secciones.
- **Envíe por correo el formulario completo en el sobre adjunto, o a Aspire Health Plan, , P.O. Box 5490, Salem, OR 9730.** La fecha de entrada en vigencia de la cobertura depende de cuándo nos envíe este formulario.

Si no ha recibido su tarjeta de Medicare, puede adjuntar una copia de la “Carta de verificación” de la Administración del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios.

Aspire Health Plan le enviará una carta en la que se confirme su inscripción y la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. También recibirá un paquete de información con su tarjeta de identificación de miembro y otra información sobre su membresía en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-855-570-1600. Los usuarios de TTY 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana durante el período de elección anual desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero.

Gracias por elegir Aspire Health Plan.

Póngase en contacto con Aspire Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (letra grande).

Para inscribirse en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus, proporcione la siguiente información:

Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:

- Aspire Health Advantage Value (HMO) (MA-PD) \$31.00 por mes
- Mas/Opcion Supplemental del Beneficio Dental \$29.00 por mes. Prima Total \$60.00 por mes

- Aspire Health Advantage (HMO) (MA-PD) \$95.00 por mes
- Mas/Opcion Supplemental del Beneficio Dental \$23.00 por mes. Prima Total \$118.00 por mes

- Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS) (MA-PD) \$165.00 por mes
- Mas/Opcion Supplemental del Beneficio Dental \$23.00 por mes. Prima Total \$188.00 por mes

Nota: Es posible que, en el momento de la inscripción, no se conozca la existencia de una multa por inscripción tardía (LEP); si los CMS confirman que hay una LEP, el costo por mes puede cambiar.

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD) solo durante el período de elección anual (AEP), desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones llamadas períodos de elección especiales que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, indica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soy un miembro nuevo de Medicare. | <input type="checkbox"/> Estoy en un período de elección anual (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre cada año). |
| <input type="checkbox"/> Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el: _____
(MM /DD /A A A A) | <input type="checkbox"/> Me voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Me fui o iré a vivir al centro, o me fui o iré de él, el: _____
(MM /DD /A A A A) |
| <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare. | <input type="checkbox"/> Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. |
| <input type="checkbox"/> Ya no reúno los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el: _____
(MM /DD /A A A A) | <input type="checkbox"/> Hace poco y en forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el: _____
(MM /DD /A A A A) |
| <input type="checkbox"/> Hace poco dejé de participar en un programa PACE: _____
(MM /DD /A A A A) | <input type="checkbox"/> Voy a dejar de tener la cobertura de un empleador o sindicato el: _____
(MM /DD /A A A A) |
| <input type="checkbox"/> Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el: _____
(MM /DD /A A A A) | <input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero ya no califiqué para participar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el: _____
(MM /DD /A A A A) |

- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan. Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso o si no está seguro, llámenos al número gratuito 1-855-570-1600. Los usuarios de TTY 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero.

APELLIDO:	PRIMER nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: ____/____/_____ (MM /DD /AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Número de teléfono particular: (____)-____-____	Número de teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro _____ (____)-____-____
Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente): <input type="checkbox"/> Igual que la Dirección permanente:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Contacto para emergencias:	Número de teléfono: (____)-____-____	Relación con usted:	
Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____@_____			
Proporcione la información del seguro de Medicare			
Tenga su tarjeta de Medicare a mano para completar esta sección. Complete la información tal como aparece en su tarjeta O adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o una carta del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios.			
Nombre: _____			
N.º de reclamación de Medicare: _____			
Fechas de entrada en vigencia: Hospital de la Parte A: _____ Parte B de Medicare: _____			
Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.			
<i>Un número de reclamación Medicare incorrecto o incompleto puede causar una demora o la negación de la cobertura.</i>			
Cómo pagar la prima del plan			
Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).			
Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a Aspire Health Plan la parte D-IRMAA.			
Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp .			
Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.			

ENVÍE A LA COMPAÑÍA

H8764__SP_EnrForm_0715_CMS Approved

Página 3 de 7

7. Marque una de las casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato. *Inglés* *Letra grande*

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados anteriormente, póngase en contacto con Aspire Health Plan al número gratuito 1-855-570-1600. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Lea esta información importante:

Si, en la actualidad, cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o un sindicato si se inscribe en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.

Lea y firme a continuación:

Completando esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage y Aspire Health Advantage Plus son planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año cuando los períodos de inscripción se encuentran disponibles (por ejemplo, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o en circunstancias especiales.

Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage y Aspire Health Advantage Plus brindan servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en la que Aspire Health Plans brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el *documento de Evidencia de cobertura* de Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener la cobertura con este plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus, debo recibir toda la atención médica de parte de Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus y otros servicios incluidos en el *documento de Evidencia de cobertura* de Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire

ENVÍE A LA COMPAÑÍA

H8764__SP_EnrForm_0715_CMS Approved

Página 5 de 7

Health Advantage Plus (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE, ASPIRE HEALTH ADVANTAGE O ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Aspire Health Plan, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus.

Divulgación de información: al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Aspire Health Plan puede divulgar mi información a Medicare y otros planes, según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que Aspire Health Plan divulgará mi información a Medicare, incluso los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. Reconozco que Aspire Health Plan puede requerir el acceso a mis registros médicos e información médica para poder brindar la atención médica adecuada. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) Aspire Health Plan o Medicare cuentan con la documentación de esta autoridad, que está disponible a solicitud.

Su firma:	Fecha de hoy: ____/____/____ (MM /DD /AAAA)
------------------	--

Si es el representante legal autorizado de la persona inscrita, debe firmar y fechar arriba, y brindar la siguiente información:

Nombre y dirección:	Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:
	(____)-____-____	



Muchas gracias. Usted ha completado el formulario de solicitud de inscripción individual.

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE		
Nombre del agente/corredor (si recibió ayuda con la inscripción):	Firma del agente:	Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura:
_____	_____	____/____/____ (M M/D D/A A A A)
Número de identificación del agente:	¿Cómo conoció al solicitante?	
_____	<input type="checkbox"/> Contacto de ventas de Aspire <input type="checkbox"/> Seminario/evento de ventas <input type="checkbox"/> Cita de comercialización personal <input type="checkbox"/> Comercialización del médico <input type="checkbox"/> Otro _____	

SOLO PARA USO INTERNO EN LA OFICINA

Fecha de recepción inicial:	PBP #:	Período de elección:
____/____/____ (M M/D D/A A A A)	_____	<input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (tipo): _____ <input type="checkbox"/> No elegible

ENVÍE A LA COMPAÑÍA

H8764__SP_EnrForm_0715_CMS Approved