



Formulario de inscripción en los beneficios complementarios opcionales

Este formulario de inscripción es para los miembros actuales que desean agregar el beneficio odontológico complementario opcional a sus beneficios de Medicare Advantage. La prima adicional se agregará a su prima mensual del plan Medicare Advantage. Si desea hacer cambios a su opción de facturación actual, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros al número gratuito 855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **Usted no está obligado a inscribirse en este beneficio opcional.**

SUS DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Primer nombre: _____ INICIAL del 2.º nombre: _____

N.º de identificación del miembro
(solo para miembros existentes): _____ Teléfono: (____) _____

N.º de reclamación de Medicare: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección de residencia permanente (no se permite casilla de correo): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL *(solo si es diferente de la dirección de residencia permanente)*

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES

Si desea inscribirse en nuestro beneficio odontológico complementario opcional, marque la casilla correspondiente a continuación para indicar la opción de Aspire Health Plan que ha elegido y el beneficio odontológico asociado que desea seleccionar.

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Aspire Health Advantage Value (HMO) (\$31/mes)
más el beneficio odontológico complementario opcional (\$29/mes)
PRIMA MENSUAL TOTAL: \$60 Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Aspire Health Advantage (HMO) (\$95/mes)
más el beneficio odontológico complementario opcional (\$23/mes)
PRIMA MENSUAL TOTAL: \$118 Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS) (\$165/mes)
más el beneficio odontológico complementario opcional (\$23/mes)
PRIMA MENSUAL TOTAL: \$188 Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____

LEA Y FIRME LO SIGUIENTE

Completando este formulario de inscripción en el beneficio complementario opcional, acepto lo siguiente:

Aspire Health Plan es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la Parte A y la Parte B de Medicare. Comprendo que solo puedo tener un plan Medicare Advantage por vez. Comprendo que para reunir los requisitos para los beneficios complementarios opcionales debo seguir siendo miembro de Aspire Health Plan. Si cancelo mi inscripción en Aspire Health Plan, se cancelará automáticamente mi inscripción en los beneficios complementarios opcionales. Si dejo de pagar los beneficios complementarios opcionales, se cancelará mi inscripción en los beneficios complementarios opcionales.

Comprendo que esta inscripción es para los beneficios odontológicos complementarios opcionales que serán adicionales a mis beneficios actuales de Medicare Advantage. La inscripción en los beneficios complementarios opcionales se limita a determinados momentos del año. Si me inscribo en los beneficios complementarios opcionales cuando me inscribo por primera vez en uno de los planes Aspire Health Plan (Aspire Health Advantage Value (HMO), Aspire Health Advantage (HMO) o Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)), la fecha de entrada en vigencia será la misma para ambos beneficios. Si no elegí el beneficio odontológico complementario opcional cuando me inscribí por primera vez en el plan Aspire Health Plan, o en un plazo de 30 días después de eso, solo puedo agregar este beneficio durante el Período de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año para la cobertura que comienza el 1 de enero del año siguiente. Comprendo que puedo cancelar mi inscripción en este beneficio opcional en cualquier momento enviando mi solicitud por escrito a la dirección que aparece debajo. Mi inscripción se cancelará el primer día del mes, después del mes en que Aspire Health Plan reciba mi solicitud de cancelación de la inscripción por escrito.

**ATTN: Enrollment Department
PO BOX 5490
Salem, OR 97304**

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 indica 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.

SE REQUIERE LA FIRMA EN LA SIGUIENTE PÁGINA PARA COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN EN EL BENEFICIO COMPLEMENTARIO OPCIONAL

FIRMA

Mediante mi firma, acepto la elección de la inscripción solicitada más arriba y que mi prima mensual cambiará.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____ Relación con la persona inscrita: _____

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO y HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. La información sobre beneficios que se brinda es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con Aspire Health Plan. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios y las primas pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. **Si tiene preguntas sobre este formulario o sus beneficios, póngase en contacto con el Servicio para los miembros al 831-574-4938, o al número gratuito 855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY 855-332-7195.**

SOLO PARA USO OFICIAL/DEL AGENTE

Nombre del /agente/corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción): _____

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____ Id. del agente/corredor: _____

Firma del agente/corredor: _____ Fecha: _____

Aspire Plan de Salud es un patrocinador del plan HMO y HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en Aspire Plan de salud depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y / o copagos / coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. El formulario, red de farmacias, y / o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. **Si tiene preguntas sobre este formulario o sus beneficios, póngase en contacto con el Servicio para los miembros al número gratuito 855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY 711.**