

# Formulario de inscripción a los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados



**Este formulario de inscripción es para los miembros actuales que deseen añadir los Beneficios Suplementarios Opcionales de Salud Mejorados a su plan Medicare Advantage.** La prima adicional para los Beneficios de salud mejorados se sumará a la prima mensual de su plan Medicare Advantage. Si desea realizar cambios en sus opciones de facturación actuales, comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros al número gratuito 855-570-1600 o TTY 711. **Usted no tiene la obligación de inscribirse en este beneficio opcional.**

## SU INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

N.º de ident. de Medicare (solo para miembros actuales): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de reclamación de Medicare: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección de residencia permanente (no se permite usar apartado de correo): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL** (solo si fuera diferente de su Dirección de residencia permanente):

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES DE SALUD MEJORADA

Si desea inscribirse en nuestro paquete de Beneficio complementario opcional, marque la casilla correspondiente más abajo para indicar la opción de Aspire Health Plan que ha elegido y el beneficio dental asociado que desea elegir. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

- Aspire Health Advantage Value (HMO) **(\$36/mes)**  
más el Beneficio complementario opcional (\$33/mes)  
**PRIMA MENSUAL TOTAL: \$69** Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_
- Aspire Health Advantage (HMO) **(\$95/mes)**  
más el Beneficio complementario opcional (\$29/mes)  
**PRIMA MENSUAL TOTAL: \$124** Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_
- Aspire Health Advantage Plus (HMO) **(\$239/mes)**  
más el Beneficio complementario opcional (\$29/mes)  
**PRIMA MENSUAL TOTAL: \$268** Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

## LEA Y FIRME

### **Al completar esta solicitud de inscripción en el Beneficio complementario opcional, acepto lo siguiente:**

Aspire Health Plan es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé conservar mis Partes A y B de Medicare. Comprendo que solo puedo tener un plan de Medicare Advantage a la vez. Comprendo que para reunir los requisitos para los Beneficios complementarios opcionales debo continuar siendo miembro de Aspire Health Plan. Si cancelo mi inscripción de Aspire Health Plan, automáticamente se cancelará mi inscripción en los Beneficios complementarios opcionales. Si dejo de pagar los Beneficios complementarios opcionales, se cancelará mi inscripción en ellos.

Comprendo que esta inscripción corresponde a Beneficios complementarios opcionales que se sumarán a mis beneficios actuales de Medicare Advantage. La inscripción en el Beneficio complementario opcional solo puede realizarse en ciertos momentos del año. Si me inscribo en los Beneficios complementarios opcionales la primera vez que me inscribo en uno de los planes de Aspire Health (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 la opción del Beneficio complementario opcional al inscribirme por primera vez en el plan de Aspire Health, o 30 días después de esa fecha, solo puedo agregar este beneficio durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) cada año, para que la cobertura comience el 1.º de enero del año siguiente. Comprendo que puedo cancelar mi inscripción de este beneficio en cualquier momento mediante el envío de mi solicitud por escrito a la dirección que se detalla más abajo. Mi inscripción se cancelará el primer día del mes siguiente al mes en que Aspire Health Plan recibe mi solicitud de cancelación de inscripción por escrito.

**ATTN: Enrollment Department  
P.O. BOX 5490  
Salem, OR 97304**

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Al unirme a este plan de salud de Medicare, entiendo que Aspire Health Plan divulgará información a Medicare y otros planes según sea necesario para realizar tratamientos, pagos y otras operaciones de atención de la salud. También entiendo que Aspire Health Plan divulgará mi información, incluidos datos sobre mis medicamentos con receta a Medicare, que podrá divulgarla a su vez para investigaciones y otros fines, en cumplimiento de todos los estatutos y reglamentos federales. Acepto que Aspire Health Plan puede solicitar acceso a mi información y a mis registros médicos para proporcionar atención médica adecuada. La información que figura en este formulario de inscripción es correcta según mi mejor saber y entender. Entiendo que si brindo información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si estuviera firmada por un individuo autorizado (tal como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible según lo solicite Aspire Health Plan o Medicare.

## FIRMA

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

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

---

### PARA USO DEL AGENTE/DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Nombre del agente/corredor (si asistió en la inscripción): \_\_\_\_\_

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

Identificación del agente/corredor: \_\_\_\_\_

Firma del agente/corredor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Pónganse en contacto con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o sus beneficios, póngase en contacto con el Servicio para miembros a través del número gratuito 855-570-1600 o TTY 711.

Aspire Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aspire Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aspire Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
  
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Aspire Health Plan Grievance Coordinator.

Si considera que Aspire Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Grievance Coordinator, Aspire Health Plan, 10 Ragsdale Dr. Suite 101, Monterey, CA 93940, phone: (855) 570-1600, TTY: 711, fax: (831) 657-0703, email: [compliance@aspirehealthplan.org](mailto:compliance@aspirehealthplan.org). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Aspire Health Plan Grievance Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# ASPIREHEALTHPLAN

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. **Call 1-855-570-1600 (TTY: 711).**

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY: 711)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-570-1600 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

## Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-570-1600 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

## Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما رایگان برای 1-855-570-1600 (TTY: 711) تماس بگیرید.

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-570-1600 (телетайп: 711).

## Japanese

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
1-855-570-1600 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

## Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 0061 075 558 (رقم هاتف الصم والبكم : (117:YTT)).

## Panjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-570-1600 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Mon-Khmer, Cambodia

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សូមជំនួយឥតគិតថ្លៃភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-570-1600 (TTY: 711)។

## Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-570-1600 (TTY: 711).

## Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-570-1600 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-570-1600 (TTY: 711).