



# ASPIREHEALTHPLAN

## INSTRUCCIONES PARA CONTRATAR ASPIRE HEALTH ADVANTAGE VALUE (HMO), ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO) O ASPIRE HEALTH ADVANTAGE PLUS (HMO-POS)

### **PASO UNO: Criterios de elegibilidad para la inscripción**

**Usted es elegible para inscribirse en Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus en los siguientes casos:**

- Tiene derecho a la Parte A (seguro hospitalario) de Medicare y ya está inscrito en la Parte B (seguro médico).
- Reside en el condado de Monterey, California.
- **No** padece una enfermedad renal terminal (end-stage renal disease, ESRD) o insuficiencia renal que requiera un programa de diálisis constante, o  
Si ya **ha padecido** ESRD y requirió diálisis, pero **se sometió** a un trasplante renal exitoso en los últimos 36 meses y **ya no requiere** diálisis (se requiere la documentación correspondiente de su médico).

**Por lo general, se puede inscribir en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD) solo durante el período de elección anual (Annual Election Period, AEP), desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** En casos excepcionales, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de dicho período. Si tiene alguna pregunta, llámenos a los números que figuran más abajo.


### **PASO DOS: Lea los materiales detenidamente.**

Revise el material que se adjunta para comprender los planes Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage y Aspire Health Advantage Plus. Si tiene alguna pregunta, llámenos a los números que figuran más abajo.

### **PASO TRES: Complete el formulario de inscripción.**

**Complete el formulario de solicitud de inscripción individual de Aspire Health Advantage Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Advantage Plus.**

- Cada uno de los solicitantes debe completar un formulario de inscripción por separado.
- Tenga su tarjeta de Medicare a mano. Deberá completar la información acerca de sus beneficios de Medicare **EXACTAMENTE** como figuran en su tarjeta de Medicare:

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

- **Seleccione su médico de atención primaria.** Asegúrese de completar el nombre y la ubicación del médico tal como constan en el directorio de proveedores/farmacias de Aspire Health Plan.
- **Lea las preguntas y complete las respuestas.**

- **Lea la sección “Información importante”.**
- **Firme e indique la fecha.** La inscripción no se completa si falta su firma. Revise para asegurarse de que todas las secciones estén completas.
- **Envíe el formulario completo en el sobre que se adjunta o a Aspire Health Plan, P.O. Box 5490, Salem, OR 97304.** La fecha de entrada en vigencia de la cobertura depende de la fecha en que usted nos envíe este formulario.

Si aún no ha recibido su tarjeta de Medicare, puede adjuntar una copia de la “Carta de verificación” que le hayan enviado la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

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

### **¿TIENEN PREGUNTAS?**

Si tiene alguna pregunta, llámenos al número gratuito 1-855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es el siguiente: de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., de lunes a viernes (excepto ciertos 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.º 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 (tamaño de letra grande).

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

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- Aspire Health Advantage Value (HMO) (MA-PD) \$36.00 por mes
Plus Enhanced Health (Beneficio suplementario opcional) \$33.00 por mes. Prima total de \$69.00 por mes.
Aspire Health Advantage (HMO) (MA-PD) \$95.00 por mes
Plus Enhanced Health (Beneficio suplementario opcional) \$29.00 por mes. Prima total de \$124.00 por mes.
Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS) (MA-PD) \$239.00 por mes
Plus Enhanced Health (Beneficio suplementario opcional) \$29.00 por mes. Prima total de \$268.00 por mes.

Nota: al momento de la inscripción, es probable que no se conozca la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP). Si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) confirmaran la LEP, es posible que el costo mensual varíe.

Por lo general, se puede inscribir en un MAPD solo durante el AEP, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. En casos excepcionales, conocidos como períodos especiales de elección, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de dicho período. Lea los siguientes enunciados detenidamente y marque el casillero si alguno de estos corresponde a su caso. Al marcar cualquiera de los casilleros, usted indica que comprendió que es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determináramos que esta información es incorrecta, su inscripción será cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
Estoy dentro del período de elección anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año).
Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o a otro domicilio, y este plan es una nueva opción para mí. Fecha de mudanza:
Me mudo a un centro de atención a largo plazo, me he mudado recientemente de allí o vivo en uno de ellos (por ejemplo, un hogar de convalecencia). Vivo en el centro desde/Me mudaré al/del centro el:
Tengo Medicare y Medicaid, o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el:
Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el:
Mi cobertura del empleador o del sindicato finalizará el:
Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) el:
Regresé recientemente a Estados Unidos luego de haber vivido de forma permanente en el extranjero. Regresé el:
Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no reúno los requisitos especiales para continuar en él. Mi inscripción del SNP fue cancelada el:

¿Ha sido liberado de prisión recientemente? Fue liberado el:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(MM /DD/ A A A A)

- Pertenezco a un programa de asistencia para farmacias proporcionado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará el contrato con mi plan.

Si ninguno de estos enunciados es verdadero en su caso o no está seguro de ello, llámenos a nuestro número gratuito 1-855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es el siguiente: de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., de lunes a viernes (excepto ciertos 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.º de octubre hasta el 14 de febrero.

<b>APELLIDO:</b>	<b>NOMBRE:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ (M M/D D/A A A A)	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Número de teléfono del hogar:</b> ( ) - ____ - ____	<b>Número de teléfono alternativo:</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro ( ) - ____ - ____
<b>Dirección de residencia permanente (no se permite usar apartado de correo):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	
<b>Dirección de correo postal (solo si fuera diferente de su Dirección de residencia permanente):</b> <input type="checkbox"/> Igual que la permanente			
Calle:			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	
<b>Contacto de emergencia:</b>	<b>Número de teléfono:</b> ( ) - ____ - ____	<b>Relación con usted:</b>	
<b>Dirección de correo electrónico (si correspondiera):</b> _____@_____			

### Proporcione su información de seguro de Medicare

Tenga a mano su tarjeta de Medicare para completar esta sección. Complete la siguiente información tal como figura en su tarjeta O adjunte una copia de ella o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

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

**Número de reclamación de Medicare:** \_\_\_\_\_

**Fechas de entrada en vigencia:** Servicios hospitalarios de la Parte A: \_\_\_\_\_ Medicare de la Parte B: \_\_\_\_\_

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para incorporarse al plan Medicare Advantage.

*Escribir el número de reclamación de Medicare de forma incorrecta o incompleta puede provocar demoras o provocar la denegación de la cobertura.*

### Pago de la prima de su plan

**Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida toda multa por inscripción tardía que tenga actualmente o deba) por correo o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) todos los meses. También puede decidir que el pago de su prima se deduzca automáticamente de su cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

**Si se le cobra un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional a la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficio del Seguro Social o recibirá una factura directa de Medicare o la RRB. NO debe pagarle a Aspire Health Plan el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, 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 es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el

coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos descuentos y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para cubrir la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare pagara solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

**Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.**

**Seleccione una opción de pago de la prima:**

Factura mensual

EFT mensual desde cuenta bancaria. Adjunte un cheque NULO o proporcione la siguiente información:  
Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Número de enrutamiento bancario: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Corriente  De ahorros

Deducción automática de su cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de RRB. (Hasta que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción, esta puede demorar dos o más meses en iniciarse. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta la fecha en que se inicien dichas deducciones. Si el Seguro Social o la RRB no aceptan su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por el monto de las primas mensuales).

**Lea lo siguiente y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)?  Sí  No  
Si se ha sometido a un trasplante renal exitoso y ya no requiere hacerse diálisis de forma regular, **adjunte una nota o el registro** de su médico donde conste que se ha sometido a un trasplante renal exitoso o que ya no necesita diálisis, ya que de lo contrario deberemos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunos individuos tengan otra cobertura de medicamentos, incluido el seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de un Aspire Health Plan?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", incluya las demás coberturas y sus números correspondientes de identificación:

**Nombre de otra cobertura:**

**N.º de ID de esta cobertura:**

**N.º de grupo de esta cobertura:**

3. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Trabaja usted?  Sí  No

¿Trabaja su cónyuge?  Sí  No

6. **Escoja el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) de nuestra lista de médicos de la red, que puede ser proporcionada por su agente, buscar en nuestro sitio web en [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org) o llamando a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.** Nuestro horario de atención es de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., de lunes a viernes (excepto ciertos 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.º de octubre hasta el 14 de febrero.

**Si no selecciona uno de los PCP de nuestra lista, el plan le asignará uno de manera automática.**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Apellido del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

¿Es paciente de este proveedor actualmente?  Sí  No

7. **Marque uno de los casilleros si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente del inglés o en otro formato.**  *Español*  *Letra grande*

Póngase en contacto con Aspire Health Plan al número gratuito 1-855-570-1600 si necesita información en otro formato o idioma diferente de los incluidos arriba. Nuestro horario de atención es el siguiente: de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., de lunes a viernes (excepto ciertos 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.º de octubre hasta el 14 de febrero. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



### Lea la siguiente información importante:

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o un sindicato, inscribirse en Aspire Health Plan podría afectar los beneficios de dicho empleador o sindicato. Usted podría perder su cobertura de salud del empleador o el sindicato por inscribirse en Aspire Health Plan.** Lea los comunicados que su empleador o su sindicato le han enviado. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en sus comunicados. Si no hubiera información de contacto, puede consultar al administrador de sus beneficios o dirigirse a la oficina que resuelve sus dudas habitualmente.

### Lea y firme a continuación:

#### **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Aspire Health Plan es un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé conservar mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo tener un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otros planes de salud de Medicare o de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarle acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan dura un año entero. Una vez que me inscribo, puedo abandonar el plan o hacer cambios solo en determinados momentos del año, cuando esté disponible el período de inscripción (por ejemplo, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de todos los años), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Aspire Health Plan presta sus servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en que Aspire Health Plan sirve, deberé notificar al plan, para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en el área donde me mude. Una vez que sea miembro de Aspire Health Plan, tendré derecho a apelar decisiones del plan acerca del pago o de los servicios, si estuviera en desacuerdo con ellos. Leeré la *Evidencia de cobertura* de Aspire Health Plan cuando lo obtenga, para conocer las reglas que debo seguir para tener acceso a la cobertura de este plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage. Entiendo que aquellas personas que tienen Medicare no tienen habitualmente cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Aspire Health Plan, debo recibir todo tipo de servicios de atención médica por parte de Aspire Health Plan, excepto en casos de emergencia o de

atención de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Tendré cobertura de los servicios autorizados por Aspire Health Plan y de otros servicios incluidos en la *Evidencia de cobertura* de Aspire Health Plan (también conocida como contrato de miembros o acuerdo de suscriptores). Sin autorización, **NI MEDICARE NI ASPIRE HEALTH PLAN PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otro individuo empleado o contratado por Aspire Health Plan, dicha persona recibirá un pago conforme a mi inscripción en Aspire Health Plan.

**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. 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.

<b>Su firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b> ____/____/____ <small>(MM /DD /A A A A)</small>
------------------	--

**Si usted tiene autorización legal para representar a la persona inscrita, debe firmar y colocar la fecha arriba y proporcionar la siguiente información:**

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



**Gracias. Ha completado el formulario de solicitud de inscripción individual.**

<b>PARA USO DEL AGENTE ÚNICAMENTE</b>		
<b>Nombre del agente/corredor</b> (si asistió en la inscripción):	<b>Firma del agente:</b>	<b>Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura:</b>  ____/____/____ <small>(MM /DD/ A A A A)</small>
<b>Identificación del agente:</b>	<b>¿Cómo conoció a este solicitante?</b>	
	<input type="checkbox"/> Evento/Seminario de ventas <input type="checkbox"/> de Aspire Lead <input type="checkbox"/> Cita personal de comercialización <input type="checkbox"/> Propaganda en el consultorio médico <input type="checkbox"/> Otro _____	



**PARA USO INTERNO EN LA OFICINA ÚNICAMENTE**

<b>Fecha de recepción inicial:</b>	<b>N.º de paquete de beneficios del plan (Plan Benefit Package, PBP):</b>	<b>Período de elección:</b>
____/____/____ (MM /DD/ A A A A)	_____	<input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (tipo): _____ <input type="checkbox"/> No elegible.

Aspire Health Plan es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number toll free at (855) 570-1600 (TTY users call 711). We are open 8 am to 8 pm PST Monday through Friday (except certain holidays) from February 15 through September 30 and 8am to 8pm PST seven days a week from October 1 through February 14. Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de atención al cliente en (855) 570-1600 or Usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertas de 8 am - 8 pm PST de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 15 de febrero al 30 de septiembre y las 8 am - 8 pm PST siete días a la semana para el período del 1 de octubre al 14 de febrero.

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>.