

INSTRUCCIONES PARA UNIRSE A ASPIRE HEALTH VALUE (HMO), ASPIRE HEALTH ADVANTAGE (HMO), o ASPIRE HEALTH PLUS (HMO-POS)

PASO UNO: Elegibilidad de inscripción

Eres elegible para inscribirte en Aspire Health Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Plus si:

- Tienes derecho a Medicare Parte A (seguro de hospital) y estás inscrito en la Parte B (seguro médico).
- Resides en el condado de Monterey, California.
- No tienes enfermedad renal terminal (ERSD por sus siglas en inglés) o insuficiencia renal que requiera un programa de diálisis en curso; o,
- Si has **tenido** ERSD y necesitaste diálisis, pero tuviste un trasplante de riñón exitoso en los últimos 36 meses y **ya no requieres diálisis ahora** (se requiere documentación del médico).

Normalmente, puedes inscribirte en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (MAPD por sus siglas en inglés) solamente durante el Período de Elección Anual (AEP por sus siglas en inglés) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirte inscribirte en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Deberás ponerte en contacto con nosotros en los números siguientes si tienes preguntas.

PASO DOS: Lee cuidadosamente los materiales

Revisa los materiales adjuntos para conocer sobre los planes Aspire Health Value, Aspire Health Advantage y Aspire Health Plus. Si tienes alguna pregunta, llámanos a los números indicados.

PASO TRES: Completa el formulario de inscripción

- Cada solicitante debe completar individualmente un formulario de inscripción **por separado**.
- Ten lista tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.** Se te pedirá que completes la información sobre tus beneficios de Medicare EXACTAMENTE tal y como aparecen en tu tarjeta de Medicare.
- Selecciona a tu médico de atención primaria.** Asegúrate de escribir el nombre y la dirección del médico tal como aparece en el Directorio de Proveedores / Farmacias del Plan de Salud de Aspire.
- Lee las preguntas y completa las respuestas.**
- Lee la sección "Información importante".**
- Firma y escribe la fecha en el formulario.** Tu inscripción no está completa sin una firma. Revisa para asegurar que todas las secciones se llenen completamente.
- Enviar por correo tu formulario completo en el sobre proporcionado, o a Aspire Health Plan, P.O. Box 5490, Salem, OR 97304.** La fecha de vigencia de la cobertura depende de cuando nos envíes este formulario.

Si aún no has recibido tu tarjeta de Medicare, puedes adjuntar una copia de tu "Carta de Verificación" de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Aspire Health Plan te enviará una carta confirmando tu inscripción y fecha de vigencia. También recibirás un paquete de información, tu tarjeta de identificación y más información sobre tu membresía en Aspire Health Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Plus.

¿PREGUNTAS?

Si tienes alguna pregunta, llámanos al número gratuito 1-855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 15 de febrero al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días a la semana del 1ro de octubre al 14 de febrero.

Gracias por elegir a Aspire Health Plan.

2018 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual al Plan de Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (MAPD por sus siglas en inglés)

Contacta a Aspire Health Plan si necesitas información en otro idioma o formato. (Formato grande)

Para inscribirse a Aspire Health Plan, proporciona la siguiente información:

Por favor indica en qué plan deseas inscribirte:

- Aspire Health Value (HMO) (MAPD) \$35.50 por mes**
- Agregar Beneficios de Salud Mejorados (Opcional) \$35.00 por mes. Prima Mensual Total \$70.50*
- Aspire Health Advantage (HMO) (MAPD) \$129.00 por mes**
- Agregar Beneficios de Salud Mejorados (Opcional) \$31.00 por mes Prima Mensual Total \$160.00*
- Aspire Health Plus (HMO-POS) (MAPD) \$247.00 por mes**
- Agregar Beneficios de Salud Mejorados (Opcional) \$31.00 por mes Prima Mensual Total \$278.00*

Nota: Al momento de la inscripción, la penalidad de inscripción tardía (LEP por sus siglas en inglés) puede no ser conocida; Si una LEP es confirmada por CMS, el costo por mes puede cambiar.

Normalmente, puedes inscribirte en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (MAPD por sus siglas en inglés) solamente durante el Período de Elección Anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

Hay excepciones llamadas Períodos de Elección Especiales que pueden permitirte inscribirte en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lee atentamente las siguientes declaraciones y marca la casilla si la declaración aplica. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, indica que, según tu mejor entendimiento, eres elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele la inscripción.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo a Medicare. | <input type="checkbox"/> Estoy en el período de elección anual (15 de octubre – 7 de diciembre cada año). |
| <input type="checkbox"/> Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) | <input type="checkbox"/> Me estoy mudando, vivo, o recientemente me mudé de un Centro de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo).
Me mudé/me voy a mudar/fuera del centro en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) |
| <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid o mi estado ayuda a pagar por mis primas de Medicare. | <input type="checkbox"/> Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. |
| <input type="checkbox"/> Ya no califico para ayuda adicional para pagar por mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) | <input type="checkbox"/> Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) |
| <input type="checkbox"/> Recientemente dejé un programa PACE en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) | <input type="checkbox"/> Estoy dejando cobertura de empleador o sindicato en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) |
| <input type="checkbox"/> Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) | <input type="checkbox"/> Yo estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me salí del plan SNP en: _____(mes)/_____(día)/_____(año) |

POR FAVOR REGRESAR A LA COMPAÑÍA

H8764_SP_ENR_EnrForm_0717_CMS Accepted

¿Recientemente has sido liberado de encarcelamiento? Fui puesto en libertad en: _____(mes)/____/(día)____/(año)

- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
 Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.

Si ninguna de estas declaraciones aplica a ti o no estás seguro, llámanos al número gratuito (855) 570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 15 de febrero al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. siete días a la semana del 1ro de octubre al 14 de febrero.

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: ____/____/____ mes/día/año	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de casa: (____) _____ - _____	Número de teléfono alterno: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro _____ (____) _____ - _____
Dirección de Residencia Permanente (No se permite P.O. Box):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):			
Calle:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Contacto de Emergencia:	Teléfono: (____) _____ - _____	Relación contigo:	
Correo electrónico (opcional):			

Por favor proporciona tu información de seguro de Medicare

Por favor, saca tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. Completa la información a continuación tal como aparece en tu tarjeta; O adjunta una copia de tu tarjeta de Medicare o tu carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro del Ferrocarril.

Nombre:

Número de Medicare:

Tiene derecho a (vigente desde):

Hospital (Parte A): _____ **Médico (Parte B):**

Deberás tener la Parte A de Medicare y la Parte B para unirse a un plan de Medicare Advantage.

POR FAVOR REGRESAR A LA COMPAÑÍA

H8764_SP_ENR_EnrForm_0717_CMS Accepted

Pagando Tu Prima Mensual

Puedes pagar tu prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad de inscripción tardía que actualmente tengas o puedas deber) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puedes optar por pagar tu prima por deducción automática de tu cheque de beneficios de Seguro Social o Retiro de Ferrocarriles (RRB por sus siglas en inglés) cada mes.

Si se te evalúa un monto de ajuste mensual relacionado con la Parte D, se te notificará por la Administración del Seguro Social. Serás responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. Tendrás la cantidad retenida de tu cheque de beneficios de Seguro Social o será facturada directamente por Medicare o la RRB. NO PAGUES a Aspire Health Plan la Parte D-IRMAA.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si eres elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro.

Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comunícate con la oficina local del Seguro Social o llama al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puedes solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si calificas para recibir ayuda adicional con tus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, te facturaremos por la cantidad que Medicare no cubre.

Si no seleccionas una opción de pago, recibirás una factura mensual.

Selecciona una opción de pago de prima:

- Recibir una factura mensual
- Transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés) de tu cuenta bancaria cada mes. Por favor incluye un cheque ANULADO o proporciona lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

Nombre de banco: _____ Tipo de cuenta: Cheques o Ahorros

Número de la cuenta bancaria: _____

- Deducción automática de tu cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por sus siglas en inglés).
- Recibo beneficios mensuales de: RRB o Seguro Social

(En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan tu solicitud de deducción automática, la primera deducción de tu beneficio de Seguro Social o RRB Cheque incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban tu solicitud de deducción automática, te enviaremos una factura de sus primas mensuales).

POR FAVOR REGRESAR A LA COMPAÑÍA

H8764_SP_ENR_EnrForm_0717_CMS Accepted

Por favor lee y responde a estas preguntas importantes:

(1) ¿Tienes una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD por sus siglas en inglés)? Sí No
Si has tenido un trasplante de riñón exitoso y/ o ya no necesitas diálisis regular, **adjunta una nota o registros de tu médico** que demuestren que has tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesitas diálisis, de lo contrario podríamos contactarte para obtener información adicional.

(2) Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrás otra cobertura de medicamentos con receta además de un plan de salud de Aspire?

Sí o No

Si la respuesta es "sí", indica tu otra cobertura y tu (s) número (s) de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

de ID para esta cobertura:

de grupo para esta cobertura:

(3) ¿Eres residente en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

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

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

(4) ¿Estás inscrito en tu programa estatal de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporciona tu número de Medicaid:

(5) ¿Trabajas? Sí No

¿Tu esposa (o) trabaja? Sí No

(6) **Por favor, elige el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP por sus siglas en inglés) de nuestra lista de médicos de la red, que puedes obtener de tu asesor, en nuestro sitio web www.aspirehealthplan.org, o llamando a nuestro departamento de servicio al cliente.** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 15 de febrero al 30 de septiembre y de 8 am a 8 p.m. los siete días de la semana del 1ro de octubre al 14 de febrero. **Si no seleccionas uno de los PCP de nuestra lista, el plan puede elegir uno automáticamente para ti.**

Nombre del médico: _____ Apellido del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Eres actualmente un paciente de este proveedor? Sí No

(7) **Por favor, marca una de las casillas si prefieres que te enviemos información en un idioma distinto al español o en otro formato.** Inglés Formato grande

Por favor comunícate con Aspire Health Plan al número gratuito (855) 570-1600 si necesitas información en otro formato o idioma que el listado arriba. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 15 de febrero al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. siete días a la semana del 1ro de octubre al 14 de febrero. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

POR FAVOR REGRESAR A LA COMPAÑÍA

H8764_SP_ENR_EnrForm_0717_CMS Accepted

ALTO

Por Favor Lee Esta Información Importante:

Si actualmente tienes cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a Aspire Health Plan podría afectar los beneficios de salud de tu empleador o sindicato. Podrías perder tu cobertura de salud de tu empleador o sindicato si te inscribes en Aspire Health Plan. Lee los avisos que te envía tu empleador o sindicato. Si tienes preguntas, visita su sitio web o comunícate con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de beneficios o la oficina que responde a preguntas sobre tu cobertura puede ayudar.

Por favor lee y firma en la página siguiente:

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Aspire Health Plan es un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Necesitaré mantener mis Partes A y B. Sólo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios solamente en ciertas épocas del año en que esté disponible un período de inscripción (Ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Aspire Health Plan atiende a un área de servicio específica. Si me mudo del área que Aspire Health Plan atiende, necesito notificar al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi área nueva. Una vez que soy miembro de Aspire Health Plan, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Aspire Health Plan cuando lo consiga para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Aspire Health Plan debo obtener toda mi atención médica de Aspire Health Plan, excepto los servicios de atención inmediata y de urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Aspire Health Plan y otros servicios contenidos en el documento de Evidence of Coverage de Aspire Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ASPIRE HEALTH PLAN PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado por o contratado con Aspire Health Plan él / ella puede ser pagado basado en mi inscripción en Aspire Health Plan.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que Aspire Health Plan divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Publicación de información: También reconozco que Aspire Health Plan publicará mi información, incluyendo mis datos sobre los medicamentos con receta a Medicare, quienes podrán divulgarlo para fines de investigación y otros que sigan todas las leyes y reglamentos federales aplicables. La información en este

POR FAVOR REGRESAR A LA COMPAÑÍA

H8764_SP_ENR_EnrForm_0717_CMS Accepted

formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente proporcione información falsa en este formulario, se cancelará la inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si esta firma es firmada por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Aspire Health Plan o Medicare.

Tu firma: _____ **Fecha de hoy:** ____ (mes)/ ____ / (día) ____ / (año)

Si está legalmente autorizado para representar al afiliado, debe firmar y fechar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre y dirección: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____ **Relación con el afiliado:** _____



Gracias. Has completado el formulario de solicitud de inscripción individual.

PARA USO DEL AGENTE SOLAMENTE

Nombre del Agente / Corredor (Si se asiste en la inscripción):	Firma del agente:	Fecha de entrada en vigor de la cobertura: ____/____/____ mes/día/año
ID de Agente:	¿Cómo conoció a este solicitante? <input type="checkbox"/> Referencia de Aspire <input type="checkbox"/> Evento de ventas/Seminario <input type="checkbox"/> Cita personal <input type="checkbox"/> Referencia de médico <input type="checkbox"/> Otro _____	

PARA USO INTERNO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha del recibo inicial: ____/____/____ mes/día/año	PBP #:	Período de elección: <input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (tipo): _____ <input type="checkbox"/> No elegible
---	---------------	--

POR FAVOR REGRESAR A LA COMPAÑÍA

H8764_SP_ENR_EnrForm_0717_CMS Accepted