



ASPIRE HEALTH PLAN

Forma de Desafiliación

Para Desafiliación de Aspire Health Plan, Por favor proporcione la siguiente información:

Si usted solicita la desafiliación, usted debe continuar recibiendo toda la atención médica de Aspire Health Plan HMO hasta la fecha efectiva de la cancelación de la inscripción. Póngase en contacto con nosotros para verificar su desafiliación antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Aspire Health Plan. Le informaremos de la fecha de vigencia después de que recibimos esta forma.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre.	TITULO <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.
----------	---------------	-----------------	--

Medicare #: _____

Fecha de Nacimiento:: ____/____/____ (Mes/Día /Año)	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Teléfono: ____ - ____ - ____
---	--	---

Por favor lea y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de desafiliación:

Si me he inscrito en otro Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, entiendo Medicare cancelar mi membresía actual en Aspire Health Plan en la fecha de vigencia de la nueva inscripción. Entiendo que puede ser que no pueda inscribirse en otro plan en este momento. También entiendo que si soy dar de baja de mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta para esta cobertura.

Firma*: _____

Fecha: _____

*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre bajo las leyes del estado donde usted vive. Si es firmado por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta desafiliación y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Aspire Plan de Salud o de Medicare

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO y HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.

Nombre y Dirección de residencia (de la persona autorizada)	Número de Teléfono ____ - ____ - ____	Relación con el afiliado
--	--	--------------------------