

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 Value (HMO) (\$35.50/mes)**
más el Beneficio complementario opcional (\$35/mes)
PRIMA MENSUAL TOTAL: \$70.50 Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____
- Aspire Health Advantage (HMO) (\$129/mes)**
más el Beneficio complementario opcional (\$31/mes)
PRIMA MENSUAL TOTAL: \$160 Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____
- Aspire Health Plus (HMO) (\$247/mes)**
más el Beneficio complementario opcional (\$31/mes)
PRIMA MENSUAL TOTAL: \$278 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 Value [HMO], Aspire Health Advantage [HMO] o Aspire Health 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.