

Formulario de Inscripción para Beneficios Mejorados Complementarios Opcionales (Opción A o B)



Este formulario de inscripción es para miembros actuales que desean agregar los **Beneficios Mejorados complementarios opcionales (Opción A o B)** a su plan **Medicare Advantage**. La prima adicional para los Beneficios Mejorados se agregará a la prima mensual de su plan Medicare Advantage. Si desea hacer cambios en su opción de facturación actual, contáctese con nuestro departamento de Servicios para Miembros llamando gratuitamente al 855-570-1600 o TTY 711. **Usted no está obligado a inscribirse en este beneficio opcional.**

SU INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

¿Es miembro actual? Sí No Medicare ID#: _____ Teléfono: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección de residencia permanente (no se permite apartado postal): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

DIRECCIÓN POSTAL (únicamente si es diferente a la dirección de Residencia Permanente)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INSCRÍBASE EN BENEFICIOS MEJORADOS OPCIÓN A O B

Si desea inscribirse en la Opción A o B, tilde abajo la casilla correspondiente para indicar la opción que ha elegido. Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

Opción A — incluye dental y visión

Opción B — incluye dental, visión, audición, 14 comidas después del alta del hospital, y 10 viajes sencillos (de ida o de regreso) a sus citas médicas.

Aspire Health Value (HMO) (\$34.80/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$34.80 = **\$79.70/mes**

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$34.80 = **\$84.70/mes**

Aspire Health Advantage (HMO) (\$129/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$129 = **\$173.90/mes**

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$129 = **\$178.90/mes**

Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$249/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$249 = **\$293.90/mes**

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$249 = **\$298.90/mes**

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: _____

POR FAVOR, LEA Y FIRME

Al completar este formulario de inscripción para Opción A o B de los Beneficios Mejorados

Complementarios Opcionales acepto:

Aspire Health Plan es un Medicare Advantage Plan que tiene un contrato con el Gobierno Federal. Tendré que mantener las Partes A y B de mi Medicare. Entiendo que solo puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez. Entiendo que, para ser elegible para los Beneficios Mejorados, debo permanecer como miembro de Aspire Health Plan. Si me doy de baja de Aspire Health Plan seré dado de baja de los Beneficios Mejorados automáticamente. Si dejo de pagar los Beneficios Mejorados seré dado de baja de los Beneficios Mejorados Opción A o B.

Entiendo que esta inscripción es para los Beneficios Mejorados Opción A o B, y que estos son además de mis beneficios actuales de Medicare Advantage. La inscripción a los Beneficios Mejorados se limita a ciertas épocas del año. Si me inscribo en los Beneficios Mejorados Opción A o B cuando me inscribo por primera vez en uno de los planes de Aspire Health [Aspire Health Advantage Value (HMO), Aspire Health Advantage (HMO), o Aspire Health Advantage Plus (HMO-POS)], mi fecha de vigencia será la misma para ambos beneficios. Si no he seleccionado los Beneficios Mejorados Opción A o B cuando me inscribí por primera vez en Aspire Health Plan o dentro de los 30 días posteriores a esta fecha, solo podré agregar los Beneficios Mejorados durante el Período de Inscripción Anual, que va desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año para la cobertura que comienza el 1 de enero del año subsiguiente. Entiendo que podré darme de baja en cualquier momento de este beneficio opcional presentando mi solicitud por escrito a la dirección de abajo. Seré dado de baja el primer día del mes, luego del mes en el que Aspire Health Plan reciba mi solicitud de baja por escrito.

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

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Aspire Health Plan puede divulgar mi información a Medicare y otros programas, según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que Aspire Health Plan divulgará mi información a Medicare, incluso los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. Reconozco que Aspire Health Plan podría requerir acceso a mis registros e información médica con el fin de facilitar la atención médica apropiada. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. De estar firmado por una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Aspire Health Plan o Medicare.

FIRMA

Con mi firma, acepto la elección de la inscripción solicitada arriba y reconozco que mi prima mensual cambiará.

Firma de socio: _____ Fecha: _____

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación con la persona inscrita: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE/OFICINA

Nombre del Agente/Corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción): _____

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: _____

Identificación del agente/corredor: _____

Firma del agente/corredor: _____ Fecha: _____

Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para más información llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711). Pueden aplicar límites, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y/o copagos/coaseguros podrían cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias, y/o la red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirás una notificación cuando sea necesario. Debes continuar pagando tu prima de Medicare Parte B. Aspire Health Plan cumple con las leyes que aplican sobre derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, origen, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711) 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) Hay otros proveedores disponibles en nuestra red. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto algunos días feriados) y de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.