



ASPIREHEALTHPLAN

# Puede inscribirse hoy

## PASO UNO: Elegibilidad de inscripción

Es elegible para inscribirse en Aspire Health Value, Aspire Health Advantage o Aspire Health Plus si:

- Tiene derecho a Medicare Parte A (seguro de hospital) y está inscrito en la Parte B (seguro médico).
- Reside en el condado de Monterey, California.
- No tiene enfermedad renal terminal (ERSD por sus siglas en inglés) o insuficiencia renal que requiera un programa de diálisis en curso; o, Si ha tenido ERSD y necesitó diálisis, pero tuvo un trasplante de riñón exitoso en los últimos 36 meses y ya no requiere diálisis ahora (se requiere documentación del médico).

**Normalmente, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos de receta (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 podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo. Por favor póngase en contacto con nosotros en los números indicados abajo si tiene preguntas.

## PASO DOS: Lea cuidadosamente los materiales

Revise los materiales adjuntos para entender los planes Aspire Health Value, Aspire Health Advantage y Aspire Health Plus. Si tiene alguna pregunta, llámenos a los números indicados.

## PASO TRES: Complete el formulario de inscripción

**Para mejores resultados: Coloque una cartulina detrás de la copia amarilla y presione lo suficientemente duro para que se marquen las dos copias, escriba legiblemente y use un bolígrafo con tinta azul o negra.**

- **Cada solicitante debe completar individualmente un formulario de inscripción por separado.**
  - Tenga a la mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Se le pedirá que complete la información sobre sus beneficios de Medicare EXACTAMENTE tal y como aparecen en su tarjeta de Medicare.
  - **Seleccione su médico de atención primaria.** Asegúrese de escribir el nombre y la dirección del médico tal como aparece en el Directorio de Proveedores / Farmacias del Aspire Health Plan.
  - Lea las preguntas y complete las respuestas.
  - Lea la sección "Información importante".
  - **Firme y escriba la fecha en el formulario.** Su inscripción no está completa sin una firma. Revise para asegurar que todas las secciones estén completamente llenadas.
- **Envíe por correo la primera copia de cada formulario en el sobre con porte prepago proporcionado. O envíe por correo a: Aspire Health Plan, P.O. Box 5490, Salem, OR 97304**

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

## Nosotros le podemos ayudar

Si desea ayuda, llámenos al número gratuito (888) 864-4611 (TTY: 711). Estamos abiertos de 8 a.m. – 8 p.m. PT de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre (excepto ciertos días festivos); y de 8 a.m. – 8 p.m. PT los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo.

**Gracias por elegir a Aspire Health Plan.**



Contacte a Aspire Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (letras grandes).

Normalmente, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (MAPD) solamente durante el Período de Elección Anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Hay excepciones llamadas Períodos de Elección Especiales (SEP) que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica para usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, indica que, según su mejor saber, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo a Medicare.
- He tenido Medicare antes y ahora estoy cumpliendo 65 años.
- Estoy en el período de elección anual (15 de octubre - 7 de diciembre cada año).
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- 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)
- Recientemente fui liberado de una cárcel. Fui puesto en libertad en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- 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)
- Recientemente obtuve legalización de mi presencia en Estados Unidos. Obtuve este estatus en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve por primera vez Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- Recientemente tuve un cambio en mi "Extra Help" (Ayuda Adicional) para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve por primera vez Extra Help, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Extra Help, o perdí Extra Help) en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar por mis primas de Medicare) u obtengo "Extra Help" (Ayuda Adicional) para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos). Me mudé/me voy a mudar a / salir del centro el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- Recientemente dejé un programa PACE en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- 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)
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato 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.
- Estaba inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción con ese plan empezó en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- Estaba inscrito en un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido el estatus de necesidad especial requerido para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP en: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)
- Fui afectado por un desastre mayor o una emergencia relacionado con el clima [declarado así por la Agencia Federal de Administración de Emergencias (FEMA)]. Una de las otras declaraciones de aquí aplica a mí, pero no pude hacer mi inscripción por causa del desastre natural.
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted o no está seguro, llame a Aspire Health Plan para ver si es elegible para inscribirse al número gratuito (855) 570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario es de 8 a.m. — 8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre; y de 8 a.m. — 8 p.m. siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

**Para inscribirse a Aspire Health Plan, proporcione la siguiente información:**

Por favor indique en cuál plan desea inscribirse:

- 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

*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 podría cambiar.*

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: ( ) - _____ - _____	

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):  La misma que la permanente

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Contacto de Emergencia:	Teléfono: ( ) - _____ - _____	Relación con usted:
-------------------------	----------------------------------	---------------------

Correo electrónico (opcional):

**Por favor proporcione su información de seguro de Medicare**

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

Nombre tal como aparece en su tarjeta de Medicare: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a (fecha de vigencia):

Hospital (Parte A): \_\_\_\_\_ Médico (Parte B): \_\_\_\_\_

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

**POR FAVOR REGRESAR A ASPIRE HEALTH PLAN**

## Cómo pagar la prima mensual de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad de inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o Retiro de Ferrocarriles (RRB por sus siglas en inglés) cada mes.

Si se determina que se deben aplicar ajustes mensuales de acuerdo a su ingreso (IRMAA) para la Parte D, será notificado por parte de la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. Esta cantidad será ya sea retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social o será facturada directamente por Medicare o la RRB. NO PAGUE a Aspire Health Plan el monto de IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Extra Help" (Ayuda Adicional) para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si es 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 co-aseguro. 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 "Extra Help", comuníquese 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 ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para recibir ayuda adicional con sus 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, le facturaremos por la cantidad que Medicare no cubre.

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

### Seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura mensual
- Transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes.  
Por favor incluya un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:  
Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_  
Nombre de banco: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros  
Número de la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por sus siglas en inglés). Recibo beneficios mensuales del:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social o RRB podría tardar de dos o más meses para iniciar después de que el Seguro Social o la RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su primer cheque de beneficio del Seguro Social o RRB 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 aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura de sus primas mensuales).

**POR FAVOR REGRESAR A ASPIRE HEALTH PLAN**

Por favor lea y responda estas preguntas importantes:

1. **¿Tiene una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD por sus siglas en inglés)?**  Sí  No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o los registros de su médico** que demuestren que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis, de lo contrario podríamos contactarle 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. **¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de un Aspire Health Plan?**  Sí  No

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

Nombre de la otra cobertura	# de ID	# de grupo

3. **¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos?**  Sí  No

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

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. **¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?**  Sí  No

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

5. **¿Usted trabaja?**  Sí  No

**¿Su esposa(o) trabaja?**  Sí  No

6. **Por favor, elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP por sus siglas en inglés) de nuestra lista de médicos de la red, el cual puede obtener de su asesor, de nuestro sitio web [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org), o llamando a nuestro departamento de servicio al cliente.** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. — 8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. — 8 p.m. los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

Nombre completo del médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ ¿Es actualmente un paciente de este proveedor?  Sí  No

**NOTA: Si no selecciona un médico de atención primaria (PCP) de nuestra lista, el plan elegirá uno automáticamente para usted. Por favor indique su preferencia de género para el médico seleccionado por el plan.**  Hombre  Mujer

7. **Por favor, marque una de las casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto al español o en otro formato accesible.**  Español  Formato de letra grande

Por favor comuníquese con Aspire Health Plan al número gratuito (855) 570-1600 si necesita información en otro formato o idioma que el listado arriba. Nuestro horario es de 8 a.m.—8 p.m. de lunes a viernes (excepto ciertos días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m.— 8 p.m los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



**Por favor lea esta información importante:**

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a Aspire Health Plan podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en el Aspire Health Plan.**

Lea los avisos que le invía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese 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 su cobertura puede ayudar.

**POR FAVOR REGRESAR A ASPIRE HEALTH PLAN**

**Por favor lea y firme en la página siguiente:**

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

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

Aspire Health Plan atiende a una 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 Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Entiendo que las personas con Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare cuando 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 por parte del Aspire Health Plan, excepto los servicios de urgencia o de emergencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Aspire Health Plan y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de Cobertura 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. También reconozco que Aspire Health Plan divulgará mi información, incluyendo mis datos sobre mis 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 formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente proporcioné 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.

Su firma:

Fecha de hoy:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(mes /día/ año)

**Si está legalmente autorizado para representar a la persona que se inscribe, debe firmar y fechar arriba y proporcionar la siguiente información:**

Nombre y dirección:

Teléfono:  
(\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Relación con la persona que se inscribe:

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

**POR FAVOR REGRESAR A ASPIRE HEALTH PLAN**

**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 del Agente:

**PARA USO INTERNO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

Fecha del recibo inicial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes /día/ año)

PBP #:

Período de elección:  ICEP/IEP  AEP  SEP (tipo): \_\_\_\_\_  
 No elegible

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. 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. Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para más información llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711).

Estamos abiertos de 8 a.m. - 8 p.m. PT de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto ciertos días festivos), y de 8 a.m.- 8 p.m. PT los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse al Aspire Health Plan a través del centro de inscripciones de CMS Medicare en línea en: <http://www.medicare.gov>.

H8764\_SP\_EnrForm\_0818\_M

**POR FAVOR REGRESAR A ASPIRE HEALTH PLAN**