

# 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) (\$32/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$32 = \$76.90/mes

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$32 = \$81.90/mes

### Aspire Health Advantage (HMO) (\$134/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$134 = \$178.90/mes

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$134 = \$183.90/mes

### Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$254/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$254 = \$298.90/mes

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$254 = \$303.90/mes

**Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura:** \_\_\_\_\_

## FIRMA

Con mi firma, acepto la elección de la inscripción solicitada arriba y reconozco que mi prima mensual cambiará. **(Por favor lea la página dos y firme)**

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **POR FAVOR, LEA Y FIRME**

### **Al completar este formulario de inscripción para Opción A o B de los Beneficios Mejorados Complementarios Opcionales acepto lo siguiente:**

Aspire Health Plan es un plan de Medicare Advantage 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 90 días posteriores a esa 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 divulgará 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.

**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 brindó ayuda en la inscripción): \_\_\_\_\_

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_

Identificación del agente/corredor: \_\_\_\_\_

Firma del agente/corredor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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. Hay otros proveedores disponibles en nuestra red. Los proveedores fuera de la red o sin contrato no tienen la obligación de tratar a miembros de Aspire Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor, llame a nuestro número de servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para más información, incluyendo los costos compartidos que aplican para servicios fuera de la red.