



ASPIREHEALTHPLAN

Formulario de Inscripción Abreviado Cambie de un plan a otro dentro de la organización matriz

Nombre del plan en el que se está inscribiendo:		
Nombre:	Número de Socio:	
Número telefónico de casa: (_____) - _____ - _____		
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:
Por favor, rellene los siguientes campos: Soy actualmente miembro del plan _____ de Aspire Health Plan, con una prima mensual de _____. Quisiera cambiar al plan seleccionado abajo. Entiendo que este plan tiene beneficios de salud diferentes y una prima mensual diferente. Por favor marque el plan al cual quiere inscribirse:		
<input type="checkbox"/> Aspire Health Value (HMO) (\$32/mes) <input type="checkbox"/> con Beneficios Mejorados - Opción A = \$44.90 + \$32 = \$76.90/mes <input type="checkbox"/> con Beneficios Mejorados - Opción B = \$49.90 + \$32 = \$81.90/mes		
<input type="checkbox"/> Aspire Health Advantage (HMO) (\$134/mes) <input type="checkbox"/> con Beneficios Mejorados - Opción A = \$44.90 + \$134 = \$178.90/mes <input type="checkbox"/> con Beneficios Mejorados - Opción B = \$49.90 + \$134 = \$183.90/mes		
<input type="checkbox"/> Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$254/mes) <input type="checkbox"/> con Beneficios Mejorados - Opción A = \$44.90 + \$254 = \$298.90/mes <input type="checkbox"/> con Beneficios Mejorados - Opción B = \$49.90 + \$254 = \$303.90/mes		

Por favor, tilde una de las casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés o en un formato más accesible. *Español* *Letra grande*

Contáctese con Aspire Health Plan llamando gratuitamente al (855) 570-1600 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente a aquel listado arriba. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. PT de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. PT los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto ciertos días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Su Prima del Plan

Usted puede pagar su prima del plan mensual (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que deba o pueda deber) por correo, mediante Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) cada mes. Si le fue evaluado un Monto de Ajuste Mensual por ingresos (IRMAA por sus siglas en inglés) de la Parte D, será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto extra además de su prima del plan. El monto será retenido ya sea de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le será facturado directamente por Medicare o la RRB. NO pague a Aspire Health Plan la Parte D-IRMAA.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda extra para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas de medicamentos con receta médica mensuales, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que califiquen no tendrán una brecha en la cobertura o penalidad por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos descuentos y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda extra, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda extra en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Su usted califica para recibir ayuda extra con sus costos de cobertura de Medicare para medicamentos con receta médica, Medicare podría cubrir todo o parte de su prima del plan. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra. Seleccione si desea pagar su prima remanente, si es que la haya, directamente a su plan.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de prima:

Obtener un recibo mensual

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del cuentahabiente: _____

Nombre del banco: _____ Número de ruta bancario: _____

Número de cuenta bancaria: _____ Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Tarjeta de crédito o débito. Para establecer pagos con una tarjeta de crédito o débito, llame a Aspire Health Plan a la línea gratuita al (855) 570-1600 (usuarios de TTY llamar al 711) o visite:

www.aspirehealthplan.org/member-resources

Puede ordenar que su prima sea deducida automáticamente cada mes de su cheque de Seguro Social o Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(El inicio de la deducción del Seguro Social/RRB podría tardar dos o más meses después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud para una deducción automática, la primera deducción al cheque de beneficios de su Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática o no asumen todas las primas adeudadas desde su fecha de vigencia, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.

Por favor, lea y firme abajo:

Aspire Health Plan es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que si recibo asistencia de un representante de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Aspire Health Plan, esta persona podría recibir un pago por mi inscripción en Aspire Health Plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que el plan de salud Medicare 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. 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. Entiendo que las personas con Medicare no tienen cobertura de Medicare mientras estén fuera del país salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

Entiendo que, a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Aspire Health Plan, debo obtener toda mi atención médica de Aspire Health Plan, salvo por servicios de emergencia o de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Aspire Health Plan y otros servicios contenidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura 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.**

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de 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 Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:		
Nombre & Dirección	Número telefónico:	Relación con la persona inscrita:
	(____) - _____ - _____	

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE		
Nombre del Agente/Corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción):	Firma del agente:	Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura:
_____	_____	____/____/____ (M M / D D / A A A A)
ID del agente:	¿Cómo conoció a este solicitante?	
_____	<input type="checkbox"/> Derivado de Aspire <input type="checkbox"/> Evento/Seminario de ventas <input type="checkbox"/> Cita Personal de Marketing <input type="checkbox"/> Marketing del Médico <input type="checkbox"/> Otro _____	
PARA USO EXCLUSIVO ADMINISTRATIVO		
Fecha de recibo inicial:	PBP #:	Período de elección:
____/____/____ (M M / D D / A A A A)	_____	<input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (tipo): _____ <input type="checkbox"/> No elegible

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. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8. p.m. Pacífico de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre y de 8 a.m. a 8 p.m. Pacífico los 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto algunos días feriados.) Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse al Aspire Health Plan a través del Centro de Inscripciones de CMS Medicare en <http://www.medicare.gov>.