



ASPIREHEALTHPLAN

Puede inscribirse hoy

¿QUIÉN PUEDE USAR ESTE FORMULARIO?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage o un Plan de medicamentos con receta de Medicare

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿CUÁNDO DEBO USAR ESTE FORMULARIO?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿QUÉ NECESITO PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo requerido para completar esta información se estima ser un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, así como completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como son reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance Office. Cualquier ítem que obtengamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o la carga que representa la recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

H8764_ENR_EnrForm_0721_C

RECORDATORIOS:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios [Railroad Retirement Board, RRB]).

¿QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Aspire Health Plan
PO Box 5490
Salem, OR 97304

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, lo contactarán.

¿CÓMO PUEDO RECIBIR AYUDA CON ESTE FORMULARIO?

Llame a Aspire Health Plan al (888) 864-4611. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Aspire Health Plan al (888) 864-4611 (TTY:711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.



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

Normalmente, puede inscribirse en un plan de 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 Período 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)
- Recientemente regresé a 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/saldré 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 una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- 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 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 (excepto ciertos días festivos).

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

Por favor indique en cuál plan desea inscribirse:

- Aspire Health Value (HMO) (\$52.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$52.00 = \$96.90/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$52.00 = \$101.90/mes

- Aspire Health Advantage (HMO) (\$139.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción C = \$43.00 + \$139.00 = \$182.00/mes

- Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$269.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$269.00 = \$313.90/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$269.00 = \$318.90/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 alternativo: () - ____ - ____		

Dirección de Residencia Permanente (no se permite apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente): <input type="checkbox"/> La misma que la permanente		

Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de Emergencia:	Teléfono: () - ____ - ____	Relación con usted:

Correo electrónico (opcional):

Por favor proporcione su información del 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 adjunte 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): _____

Debe tener la Parte A y Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

FAVOR DE DEVOLVER 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) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de débito/crédito. También puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (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 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 esta ayuda adicional en línea en 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 su 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
- Tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica de fondos
Para configurar sus pagos con tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica de fondos (EFT), llame al número gratuito de Aspire Health Plan (833) 367-4259 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.aspirehealthplan.org/payments
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Esta opción de pago sólo está disponible si la prima total mensual del plan es de \$300 o menos. Yo recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB pueda iniciar hasta dos o más meses después de que el Seguro Social o RRB aprueben la deducción. Usted recibirá una factura en papel y será responsable por pagar su prima mensual hasta que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.)

FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN

Por favor lea y responda estas preguntas importantes:

1. 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 su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

de ID:

de grupo:

2. **¿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: (_____) _____ - _____

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

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

4. **¿Usted trabaja?** Sí No **¿Su esposa(o) trabaja?** Sí No

5. **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, 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 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 (excepto ciertos días festivos).

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 eligirá uno automáticamente para usted. Por favor indique su preferencia de género para el médico seleccionado por el plan. Hombre Mujer

6. **Por favor, marque una de las casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto al Inglés 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 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 (excepto ciertos días festivos). 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 envía 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.

FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN

Por favor lea y firme lo siguiente:

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

El Plan de Salud Aspire es un plan de medicamentos con receta médica de Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal.

- Debo conservar tanto la Parte A de hospital como la Parte B médica para permanecer en Aspire Health Plan
- Reconozco que al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, Aspire Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que una vez que comience mi cobertura de Aspire Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados con Aspire Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Aspire Health Plan e incluidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Aspire Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Aspire Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se ha descrito anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley del Estado para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de 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.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS podrá utilizar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema de Notificación de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.

FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN

PARA USO DEL AGENTE SOLAMENTE

Nombre del Agente / Corredor
(Si se asiste en la inscripción):

Firma del agente:

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: ____/____/____
(mes /día/ año)

ID del Agente:

Fecha de recibido por el agente: ____/____/____
(mes /día/ año)

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

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 línea en: <http://www.medicare.gov>.

H8764_ENR_EnrForm_0721_C

FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN