



ASPIREHEALTHPLAN

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ABREVIADO Cambio de un plan a otro dentro de la organización matriz

Nombre del plan en el que se está inscribiendo:	Año del plan: 2022
---	--------------------

Nombre:	Número de miembro:
---------	--------------------

Teléfono 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): Misma que la permanente

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:

- 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

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

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 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.)

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: ____/____/____ (MM / DD / A A A A)
-----------	--

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre y Dirección	Teléfono (____) - ____ - ____	Relación con la persona inscrita:
--------------------	----------------------------------	-----------------------------------

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:

Fecha del recibo del 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>.