



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

|   |                    |
|---|--------------------|
| Nombre del plan en el que se está inscribiendo: | Año del plan: 2023 |
|---|--------------------|

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 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) (\$38.90)**
- con Beneficios Mejorados - Opción A = \$44.90 + \$38.90 = \$83.80/mes
- con Beneficios Mejorados - Opción B = \$49.90 + \$38.90 = \$88.80/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

**Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.**  Español

**Selecciona uno si quiere que Le enviemos información en un formato accesible.**

Letra grande  Braille  CD de audio

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.

### **Pago de la prima de su plan**

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pudiera deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito/débito. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague a Aspire Health Plan por la Parte D-IRMAA.

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](http://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.)

**IMPORTANTE: Por favor lea y firme abajo**

- Debo mantener tanto la Parte A del hospital como la Parte B de médico para permanecer en Aspire Health Plan
- Al unirme a este plan Medicare Advantage (MA), reconozco que Aspire Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de MA a la vez, y que la inscripción en este plan dará por terminada automáticamente mi inscripción en otro plan MA (aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA)
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan
- Entiendo que una vez que comience mi cobertura de Aspire Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de 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 estatal para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare

**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. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro 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.

Su firma:

Fecha de hoy:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM / DD / AAAA)

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

|                    |                                  |                                   |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre y Dirección | Teléfono<br>(____) - ____ - ____ | 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>.