

2024 Formulario de Inscripción para Beneficios Mejorados complementarios opcionales (Opción A, B, o C)



Este formulario de inscripción es para miembros actuales que desean agregar los **Beneficios Mejorados complementarios opcionales (Opción A, B, o C)** 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, B, O C

Si desea inscribirse en la Opción A, B, o C, 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 preventivo y integral dental y visión

Opción B — incluye preventivo y integral dental, visión, audición, 14 comidas después del alta del hospital, y 10 viajes sencillos (de ida o de regreso) a sus citas médicas.

Opción C — incluye integral 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 Protect (HMO) (\$0)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$0 = \$44.90/mes

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$0 = \$49.90/mes

Aspire Health Value (HMO) (\$31.00/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$31.00 = \$75.90/mes

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$31.00 = \$80.90/mes

Aspire Health Advantage (HMO) (\$142.00/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción C = \$43.00 + \$142.00 = \$185.00/mes

Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$312.00/mes)

con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$312.00 = \$356.90/mes

con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$312.00 = \$361.90/mes

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: _____

POR FAVOR, LEA Y FIRME

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

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, B, o C.

Entiendo que esta inscripción es para los Beneficios Mejorados Opción A, B, o C, 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, B, o C cuando me inscribo por primera vez en uno de los planes de Aspire Health Aspire Health Protect (HMO), Aspire Health Value (HMO), Aspire Health Advantage (HMO), o Aspire Health Plus (HMO-POS), mi fecha de vigencia será la misma para ambos beneficios. Si no he seleccionado los Beneficios Mejorados Opción A, B, o C 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. O puedo agregar durante el Período de Inscripción Abierta, del 1 de enero al 31 de marzo. 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**

- 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)
- 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
- 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 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

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: _____

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar 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: _____

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.