



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:	Año del plan: 2024
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:
---------	---------	----------------

Doy mi consentimiento para que Aspire Health, incluidos sus socios comerciales, utilicen mi número de teléfono celular para llamar y/o enviar mensajes de texto sobre la atención y las actividades de coordinación de la atención.
 Sí No

Por favor, llene 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 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)**
- 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)**
- con Beneficios Mejorados — Opción C = \$43.00 + \$142.00 = \$185.00/mes

- Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$312.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$44.90 + \$312.00 = \$356.90/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$49.90 + \$312.00 = \$361.90/mes

Usted puede elegir responder o no responder a estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no responderlos.

¿Es usted de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todo lo que aplica:

- No, no de origen hispano, latino/a o español
- Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano/a
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino/a, o español
- Elijo no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que aplica:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena de América o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| Asiático: | Nativo hawaiano o isleño del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | |

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 aquellos listados arriba. Nuestro horario de oficina es: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, y de 8 a.m. a 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.

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito/débito cada mes. 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 se le determinó un monto de ajuste mensual por ingresos a la Parte D, la Administración de Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Podrá retenerse el monto de su cheque de beneficio del Seguro Social o serle facturado directamente por Medicare o la Junta de Jubilación para Ferroviarios. NO pague a Aspire Health Plan por la Parte D-IRMAA.

Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para calificar para el programa de "Extra Help" (Ayuda Extra) el cual ayuda a pagar los costos de medicamentos con receta médica. Si usted califica, Medicare podría pagar sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos con receta médica, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una brecha en la cobertura o una 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.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si califica para recibir Ayuda Extra con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan por este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

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

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. 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, 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 acepto que Aspire Health Plan divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta médica, 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. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo 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 Estados Unidos.

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 de Aspire Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ASPIRE HEALTH PLAN PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. De ser firmada por una persona autorizada (como se describe arriba), 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

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 0938-1378. 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 ítem 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 "Siguiendo pasos" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Su firma:	Fecha de hoy: _____/_____/_____ (MM / DD / AAAA)
-----------	-----------------------------------------------------

Si usted es el representante autorizado, debe firmar y fechar arriba y 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>.