



**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: 2025
Nombre:	Número de miembro:

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (para personas sin hogar, se puede usar un apartado postal como su dirección de residencia permanente):

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      Numero de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**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 = \$42.00 + \$0 = \$42.00/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$46.00 + \$0 = \$46.00/mes
  
- Aspire Health Value (HMO) (\$27.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$42.00 + \$27.00 = \$69.00/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$46.00 + \$27.00 = \$73.00/mes
  
- Aspire Health Advantage (HMO) (\$146.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción C = \$40.00 + \$146.00 = \$186.00/mes
  
- Aspire Health Plus (HMO-POS) (\$336.00)**
- con Beneficios Mejorados — Opción A = \$42.00 + \$336.00 = \$378.00/mes
- con Beneficios Mejorados — Opción B = \$46.00 + \$336.00 = \$382.00/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, mexicoamericano, 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"/> Koreano                                | <input type="checkbox"/> Blanco                    |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                             | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b> |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático                          |  |

**¿Cuál es su sexo? Seleccione uno.**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Yo uso término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>       |
| <input type="checkbox"/> No binario |  |

**¿Cuál de los siguientes representa mejor cómo piensa de sí mismo? Seleccione uno.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                             | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé                           |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                   | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>       |

**Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible.**

- Letra grande  Braille  CD de audio  CD de datos

Contáctese con Aspire Health Plan llamando gratuitamente al (855) 570-1600 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de lo que está listado arriba. Nuestros horarios son: 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 hasta el 31 de marzo (excepto ciertos días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.**

- Aviso anual de cambio  Evidencia de cobertura  Directorio de proveedores  Formulario
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **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 retenérsele 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](http://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](http://www.aspirehealthplan.org/payments)
- Dedución 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 "Sigüientes 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:
---------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

**Solo para aquellos individuos que están ayudando a la persona que inscribe a completar este formulario**

Complete esta sección si es un individuo (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que está ayudando a la persona que se inscribe a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la persona que se inscribe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Núm. de Productor Nacional: \_\_\_\_\_  
(Sólo agentes/corredores)

Fecha propuesta de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(M M / D D / A A A A)

ID de agente: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción del agente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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.

Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre; y de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto ciertos días festivos). Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse al Aspire Health Plan a través del Centro de Inscripciones de CMS Medicare en <http://www.medicare.gov>.