



Formulario de solicitud de inscripción individual

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (seguro de hospital)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todas las preguntas de la Sección 1. Las preguntas de la Sección 2 son opcionales — no se le puede negar la cobertura por no responderlas.

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 repuesta, 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 artículo con su información personal (como son reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo 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 completado al plan.

H8764_ENR_IndEnrForm_0824_C

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación para Ferroviarios).

Sigüientes pasos

Envíe su formulario completado y firmado a:
Aspire Health Plan
PO Box 5490
Salem, OR 97304

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Aspire Health Plan al (888) 864-4611. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Aspire Health Plan al (888) 864-4611 (TTY:711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar su dirección de residencia permanente uno de los siguientes: un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, sus cheques del seguro social).



2025 Formulario de Solicitud de Inscripción Individual al Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (MA-PD por sus siglas en inglés)

Contacte a Aspire Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (letras grandes).

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta (MAPD) solamente durante el Período de Elección Anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Hay excepciones llamadas Períodos de Elección Especiales (SEP) que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica para usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, indica que, según su mejor saber, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo a Medicare.
- He tenido Medicare antes y ahora estoy cumpliendo 65 años.
- Estoy en el período de elección anual (15 de octubre al 7 de diciembre cada año).
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente obtuve legalización de mi presencia en Estados Unidos. Obtuve este estatus el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve por primera vez Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi "Extra Help" (Ayuda Extra) para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve por primera vez Extra Help, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Extra Help, o perdí Extra Help) el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Me estoy mudando o a, vivo en, o recientemente me mudé de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos). Me mudé/me voy a mudar a/saldré del centro el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Soy nuevo a Medicare y fui notificado por la Parte A y/o la Parte B acerca de obtener Medicare después de que comenzó la cobertura
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacéutica brindado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción con ese plan empezó el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Estaba inscrito en un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido el estatus de necesidad especial requerido para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- Otro (por favor explique): _____

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted, o no está seguro, llame a Aspire Health Plan al número gratuito (855) 570-1600 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario 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).

FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN

Sección 1 — todos los campos en esta página son obligatorios (excepto aquellos indicados como opcionales)

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

PRIMER nombre:		APELLIDO:		Inicial del segundo nombre (opcional):	
Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono principal () - ____ - ____	Teléfono alternativo (opcional): () - ____ - ____		

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 si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Contacto de emergencia (opcional):	Teléfono: () - ____ - ____	Relación con usted:
------------------------------------	--------------------------------	---------------------

Correo electrónico (opcional): _____

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 (opcional). Sí No Número de celular: () ____ - ____

Su información de Medicare

Nombre tal como aparece en su tarjeta de Medicare: _____

Número de Medicare: - -

(Opcional) Fecha de entrada en vigor: Hospital (Parte A): _____ Médico (Parte B): _____

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Aspire Health Plan?

Sí No

Nombre de la otra cobertura:

ID #:

Grupo #:

Sección 1 (continuación) – todos los campos de esta página son obligatorios (excepto aquellos indicados como opcionales)

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la Parte A de hospital como la Parte B médica para permanecer en Aspire Health Plan
- Reconozco que al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, Aspire Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan dará por terminada automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage (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 por parte 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 están cubiertos.
- 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, de forma intencional, 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 en virtud de la ley del estatal para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy:

____/____/____
(MM / DD / AAAA)

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre y dirección:

Teléfono:

() - -

Relación con la persona inscrita:

Sección 2 — todos los campos en esta página son opcionales

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/a, 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:

- Indígena de América o nativo de Alaska
- Asiático:
- Indio asiático Negro o afroamericano
 Chino Nativo hawaiano o isleño del Pacífico:
 Filipino Guameña o Chamorro
 Japonés Nativo hawaiano
 Coreano Samoano
 Vietnamita Otro isleño del Pacífico
 Otro asiático Blanco
 Elijo no responder

¿Cuál es su sexo? Seleccione uno.

- Mujer Yo uso término diferente: _____
 Hombre **Elijo no responder**
 No binario

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

- Lesbiana o gay Uso un término diferente: _____
 Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana No sé
 Bisexual **Elijo no responder**

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.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP) de nuestra lista de médicos de la red, la cual puede obtener de su agente o en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org.

Nombre del médico (nombre y apellido): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ ¿Es usted actualmente es paciente de este proveedor? Sí No

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? (opcional) Sí No

Número de Medicaid: _____

¿Puede participar en una cita por video con un médico? (opcional) Sí No

Necesitará un dirección de correo electrónico, una laptop, un teléfono inteligente o una tableta y una conexión a Internet.

Sección 2 (continuación) — todos los campos en esta página son opcionales

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 (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 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 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.

Seleccione una opción de pago de la prima:

Obtener 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.)

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, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) 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 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.

H8764_ENR_IndEnrForm_0824_C

FAVOR DE DEVOLVER A ASPIRE HEALTH PLAN