

2019

MEDICARE ADVANTAGE FORMULARIO DE ELECCIÓN DE PLAN



CONDADOS DE MARION Y POLK

Envíe este formulario completado por fax al 866.238.1736 o al 541.672.8670

Comuníquese con ATRIO Health Plans si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en ATRIO Health Plans, proporcione la siguiente información:

POR FAVOR, CONTROLE EL PLAN EN EL QUE DESEA INSCRIBIRSE:

- ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) \$98 por mes
 - Paquete opcional de servicios de exámenes de visión y odontológicos para ATRIO Silver Rx \$31 por mes
- ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) \$219 por mes

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: __/__/____ Sexo: M F Número de teléfono residencial: (____) _____
(MM / DD / AAAA)

Dirección de residencia permanente (No se permiten casillas postales): _____

Ciudad: _____ País: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (solo si es diferente a la dirección de residencia permanente): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ Relación que lo une: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Proporcione la información de su seguro de Medicare

Saque su credencial roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta Medicare): _____

Complete esta información tal como aparece en su tarjeta Medicare

Número de Medicare: _____

-O-

Tiene derecho a: _____ En vigencia desde: _____

Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

HOSPITAL (Parte A) _____

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) _____

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

2965 Ryan Drive SE – Salem, OR 97301

**877.672.8620 todos los días, de 8 a. m. a 8 p. m. (Horario Estándar del Pacífico) – TTY 800.735.2900
atriohp.com**

Pago de la prima del plan

Si determinamos que usted debe pagar una sanción por inscripción tardía (o si tiene actualmente una sanción por inscripción tardía), necesitamos saber qué forma de pago prefiere. Puede pagar por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) cada mes. Si califica para el monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA) por la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. El monto se le retendrá de su cheque de beneficio del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios, o recibirá una factura directamente de Medicare o de la RRB. **NO pague a ATRIO Health Plans el IRMAA por la Parte D.**

Puede pagar su prima mensual del plan (así como también cualquier sanción por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o mediante tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) cada mes.

Si califica para el monto de ajuste mensual por ingresos por la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. El monto se le retendrá de su cheque de beneficio del Seguro Social o recibirá una factura directamente de Medicare o de la RRB. **NO pague a ATRIO Health Plans el IRMAA por la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para obtener Ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados. De ser así, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellos que reúnan los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni deberán pagar una sanción por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir estos beneficios y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para obtener Ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados de Medicare, Medicare abonará todo o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una porción de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de las primas:

- Mediante factura
- Por transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes. Por favor, adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:
Nombre del titular de la cuenta: _____
Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____
Tipo de cuenta: Corriente Ahorro
- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:
Tipo de tarjeta: _____
Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: _____
Número de cuenta: _____ Fecha de vencimiento: ____ / ____ / ____ CVC: _____
- Deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) cada mes.
Recibo beneficios mensuales de: Seguridad Social RRB
- (La deducción del cheque de Seguridad Social/RRB puede tomar dos meses o más hasta que Seguridad Social o la RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si Seguridad Social o la RRB acepta su

solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficio de Seguridad Social o la RRB incluirá las primas adeudadas desde la fecha de efectividad de inscripción hasta el momento en el que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, recibirá una factura en papel para que pague sus primas mensuales.)

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No
Si ha recibido un trasplante renal exitoso y ya no necesita un tratamiento regular de diálisis, **adjunte una nota o registro** de su médico en el cual se muestre que ya no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante renal exitoso. De lo contrario, es posible que nos contactemos con usted para obtener más información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otra cobertura privada, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas de asistencia farmacéutica del estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de ATRIO Health Plans? Sí No

De ser así, enumere su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de identificación para esta cobertura _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es usted residente de un centro de atención prolongada, como un hogar de ancianos? Sí No

De ser así, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en un programa de Medicaid del estado? Sí No

De ser así, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

Indique el nombre de un proveedor de atención primaria (PCP), una clínica o un centro de salud: _____

Marque uno de los casilleros a continuación si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español

Letra grande

Comuníquese con ATRIO Health Plans al (877) 672-8620 todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (horario del Pacífico). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al (800) 735-2900 si necesitan información en un formato accesible o un idioma que no sea los listados anteriormente. Nuestra oficina se encuentra abierta de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (horario del Pacífico).

AGUARDE - Lea esta información importante - AGUARDE

Si actualmente cuenta con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, estos beneficios podrían verse afectados si se inscribe en ATRIO Health Plans. Si se inscribe en ATRIO Health Plans, podría perder su cobertura del empleador o sindicato. Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envía. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información acerca de con quién contactarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas sobre su cobertura puede ayudarlo.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

ATRIO Health Plans posee los planes PPO y HMO D-SNP con un contrato Medicare. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. Deberé conservar las Partes A y B de Medicare. Solo puedo ser miembro de un plan Medicare Advantage por vez, y comprendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es de mi responsabilidad informarle toda cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Entiendo que si no cuento con una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía si me inscribo en un plan de Medicare para la cobertura de medicamentos recetados en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré dejar el plan o hacer cambios solamente en ciertos momentos del año cuando haya disponible un período de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

ATRIO Health Plans funciona en un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área de servicio de ATRIO Health Plans, debo notificar al plan para poder desafiliarme y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de ATRIO Health Plans, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca del pago o de los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de ATRIO Health Plans cuando lo reciba para saber cuáles son las reglas que debo seguir para poder recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare no suelen recibir la cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.

Entiendo que a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de ATRIO Health Plans, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, a excepción de los servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, ATRIO Health Plans proporciona reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si obtengo esos servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por ATRIO Health Plans y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura de ATRIO Health Plans (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ATRIO HEALTH PLANS PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por ATRIO Health Plans, esta persona puede recibir una compensación sobre la base de mi inscripción en ATRIO Health Plans.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, tengo conocimiento de que ATRIO Health Plans divulgará mi información a Medicare y a otros planes si es necesario para tratamientos, pagos y atención médica. También tengo conocimiento de que ATRIO Health Plans divulgará mi información, incluidos mis datos de uso de medicamentos recetados, a Medicare, quien a su vez puede divulgarla para investigaciones y otros fines de conformidad con todos los estatutos y normas federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, seré desafiliado del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de la presente solicitud. Si la solicitud es firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido del plan o de Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Relación con el afiliado: _____

Solo para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó en la inscripción): _____

N.º de ID. del plan: _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____