



## Beneficios complementarios opcionales 2019 Formulario de selección

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de miembro: \_\_\_\_\_

Quisiera agregar el plan de beneficios complementarios opcionales a mi plan ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO). Entiendo que hay determinados momentos durante el año en que los miembros de ATRIO Health Plan pueden inscribirse:

Si actualmente es miembro de ATRIO Silver Rx (Willamette) y no eligió los beneficios complementarios opcionales, puede hacerlo durante el Período de inscripción anual (AEP) o dentro de los 30 días posteriores al 1 de enero.

Si es nuevo en nuestro plan, dispondrá de 30 días adicionales a partir de la fecha de vigencia de cobertura original para elegir los beneficios complementarios opcionales si no lo ha hecho durante la inscripción. Si no recibe la solicitud para los beneficios complementarios opcionales dentro de los 30 días a partir de la fecha de vigencia original, deberá esperar hasta el próximo AEP o al próximo mes de enero para elegir los beneficios complementarios opcionales.

Este formulario debe utilizarse solamente cuando no hay otros cambios en su plan médico existente.

**Marque el casillero a continuación para agregar cobertura adicional al plan ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO).**

<input type="checkbox"/>	<b>Paquete de examen de visión de rutina y beneficio odontológico preventivo: \$31</b> Examen de visión de rutina (hasta 1 por año) - Copago de \$35 dentro y fuera de la red Lentes de rutina (cada dos años) - Límite de \$100 Servicios odontológicos preventivos - \$35 dentro y fuera de la red (límite de \$500)
--------------------------	---

### Sus opciones de pago de primas del plan

Si necesita cambiar la manera en que actualmente paga su prima del plan, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al número que aparece en la parte inferior de este formulario.

### Condiciones de inscripción

Al completar este formulario, acepto agregar el paquete de beneficios complementarios opcionales para el monto de la prima mensual seleccionado arriba, que se agrega a mi prima base mensual de ATRIO. Entiendo que la cobertura adicional está sujeta a los términos y condiciones establecidos en mis Evidencia de cobertura del plan ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO).

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de la presente solicitud. Si la solicitud es firmada por una persona autorizada, esta firma certifica que esta persona está autorizada bajo las leyes del estado para completar esta inscripción, y la documentación de esta autoridad está disponible a pedido por ATRIO Health Plans o 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 la persona que se inscribe: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención al cliente de ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (horario del Pacífico). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2900.

**Devuelva este formulario completado a:**

**POR CORREO: ATRIO Health Plans, 2965 Ryan Drive SE – Salem, OR 97301**

**EN PERSONA: 2965 Ryan Drive SE, Salem**

**POR FAX: 866-238-1736**

**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:** \_\_\_\_\_

ATRIO Health Plans posee planes PPO y HMO D-SNP con un contrato Medicare. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. **ATENCIÓN:** Si usted habla español, los servicios de asistencia de idioma están disponibles para usted de forma gratuita. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 1-800-735-2900).