



Estimado miembro de los planes de salud ATRIO:

Para hacer un cambio en el plan de salud Medicare Advantage que tiene con los planes de salud ATRIO, complete el formulario de elección de planes adjunto para hacer su elección. Marque el plan que quiere y firme el formulario. A continuación, envíenos el formulario completado por correo antes del 7 de diciembre.

Solo puede cambiar sus planes de salud en ciertos momentos del año. Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede inscribirse, cambiar o dar de baja un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, entre el 1 de enero y el 31 de marzo, cualquier persona que esté inscrita en un plan Medicare Advantage (excepto un plan MSA) puede cambiar de plan o regresar a Original Medicare (e inscribirse en un plan separado de Medicare para medicamentos recetados). Por lo general, no puede hacer cambios en otro momento excepto en determinadas situaciones; por ejemplo, si se muda fuera del área de servicio del plan, quiere unirse a un plan en su área con clasificación de 5 estrellas o califica para (o pierde) la Ayuda adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados.

Si selecciona otro plan y recibimos su formulario de selección completado hasta el 7 de diciembre, su nuevo plan de beneficios comenzará en enero de 2020. Las primas mensuales de su plan pueden encontrarse en el Formulario de elección de planes y puede seguir viendo a los médicos de atención primaria y especialistas del plan de salud ATRIO.

Complete el formulario adjunto solo si quiere cambiar de plan.

Para ayudarlo con su decisión, también hemos incluido una descripción general de los beneficios 2020 para las opciones disponibles.

Si tiene preguntas, llame a ATRIO Health Plans al 877-672-8620. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-735-2900. Horario de atención: todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m.

Gracias.

ATRIO Health Plans

Los Planes de salud ATRIO poseen planes PPO y HMO D-SNP con un contrato Medicare. La inscripción en los Planes de salud ATRIO depende de la renovación del contrato.



**CONDADOS DE MARION Y POLK**

Envíe este formulario completado por fax al 866-238-1736 o al 541-672-8670

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

Número de miembro: \_\_\_\_\_

Quiero cambiar mi plan actual por el plan que he seleccionado a continuación. Entiendo que este formulario se recibe a fin de cualquier mes y que, por lo general, mi nuevo plan entrará en vigencia el 1º del mes siguiente.

**MARQUE EL CASILLERO APROPIADO A CONTINUACIÓN:**

<input type="checkbox"/>	<p><b>ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO)</b> H7006-003</p> <p>Prima: \$75 Deducible: \$100 PCP: \$15/\$35 Especialista: \$35/\$50 Sala de emergencias: \$90 Límite de bolsillo máximo anual: \$3,900/\$5,500 Medicamentos recetados, beneficio de bienestar.</p>	<input type="checkbox"/>	<p><b>ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO)</b> H7006-001</p> <p>Prima: \$190 Deducible: \$0 PCP: \$15/\$30 Especialista: \$20/\$40 Sala de emergencias: \$90 Límite de bolsillo máximo anual: \$3,500/\$5,500 Medicamentos recetados, examen de visión de rutina, servicios odontológicos preventivos, servicios de podiatría de rutina, beneficio de bienestar</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Opcional: Paquete opcional de servicios de exámenes de visión y odontológicos - \$33 per month (No se aplica a Gold Rx)</b></p> <p>Prima: \$33 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)</p>		

**Su 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 cada mes.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida la sanción por inscripción tardía que tenga o deba) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o pago 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 cada mes.

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 los 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 falta de cobertura ni deberán pagar una sanción por inscripción tardía. Muchas personas pueden recibir estos beneficios y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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 para este beneficio. 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
  
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta de cheques 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: \_\_\_\_\_
  
- 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 mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).  
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 RBB no aprueba su solicitud de deducción automática, recibirá una factura en papel para que pague sus primas mensuales.)

**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 llamando 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 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).

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: \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario por correo a:**

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

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

**Office Use Only:**

Name of staff member/agent/broker (if assisted enrollment): \_\_\_\_\_

Plan ID#: \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (type): \_\_\_\_\_ Not Eligible: \_\_\_\_\_



## Testimonio de elegibilidad para período de inscripción

**Generalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque el casillero si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros está certificando que, a su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para el período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, usted podrá ser desafiliado.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan 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 recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de prisión. Salí el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hice un cambio en mi Medicaid (recién obtuvo Medicaid, tuvo un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién obtuvo Ayuda adicional, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional) el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré a, vivo en o acabo de salir de un centro de atención prolongada (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención prolongada). Me mudé/mudaré al/del centro el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de un programa PACE el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.

Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (ingrese fecha) \_\_\_\_\_.

Pertenezco a un programa de ayuda de farmacias proporcionado por mi estado.

Mi plan terminará el contrato con Medicare, o Medicare terminará el contrato con mi plan.

Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero escoger un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese fecha)

Estaba inscrito en el Special Needs Plan (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales que se requiere para estar en ese plan. Perdí mi cobertura del SNP el (ingrese fecha)

---

Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe importante (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2900) para determinar si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Horario Estándar del Pacífico) todos los días.

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.