



## SPECIAL NEEDS PLANS

Envíe el 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 Special Needs Plan (HMO D-SNP) - condados de Douglas y Klamath \$ 0 por mes\*
- ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) - condados de Marion y Polk \$ 0 por mes\*

\*Este plan está disponible para todos quienes tienen asistencia médica del estado y de Medicare

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**

Consulte su credencial de 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 Ferrovianos.

HOSPITAL (Parte A) \_\_\_\_\_

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) \_\_\_\_\_

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

**2965 Ryan Drive SE – Salem, OR 97301**

**(877) 672-8620 todos los días, de 8 a. m. to 8 p. m. PST – TTY (800) 735-2900 – atriohp.com**

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 por la Parte D, recibirá una notificación de la Administración de Seguridad Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. Usted recibirá un débito del cheque de beneficio de Seguridad Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios, o recibirá una factura directamente de Medicare. **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 cubrir los costos de los 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 acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local de 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](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para obtener Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare abonará el total o 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 demuestre 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 recetados, como otra cobertura privada, TRICARE (plan médico militar), 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 cobertura:	Nro. de identificación para esta cobertura	Nro. Grupo para esta cobertura:
-------------------------	--	---------------------------------

\_\_\_\_\_

3. ¿Es usted residente de un centro de atención prolongada, tal como un centro de enfermería especializada?  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 su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

\_\_\_\_\_

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

Español

Letra grande

Comuníquese con ATRIO Health Plans llamando al (877) 672-8620 todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (horario del Pacífico). Los usuarios de TTY deben llamar al (800) 735-2900 si necesita información en otro formato o idioma que no sean 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 los ATRIO Health Plans. Si se inscribe en los planes 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 pueden ayudarlo.

Lea y firme a continuación

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Los ATRIO Health Plans son planes Medicare Advantage y poseen un contrato con el gobierno federal. Deberé conservar mi Medicare Partes A y B. Sólo puedo ser miembro de un plan Medicare Advantage por vez y comprendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es de mi responsabilidad informar toda cobertura de

medicamentos recetados que tenga o pueda tener 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.

Los planes de ATRIO Health Plans funcionan en una área de servicios específica. Si me mudo fuera del área de servicios de los planes 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 los planes de ATRIO Health Plans, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca del pago o 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 de Medicare Advantage. Comprendo 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.

Comprendo que a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de ATRIO Health Plans, debo obtener toda mi atención médica de ATRIO Health Plans, con la excepción de los servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por ATRIO Health Plans y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura del plan 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.**

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

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, tengo conocimiento de que el plan de salud de ATRIO Health Plans divulgará mi información a Medicare y a otros planes si es necesario para transacciones de tratamiento, pagos y atención médica. También tengo conocimiento de que el plan de 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 las leyes y normas federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender.

Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, seré desafiliado del plan.

Comprendo 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 comprendido el contenido de la presente solicitud. Si la firma es de 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: \_\_\_\_\_