

¿Quién puede usar este formulario?

Todas las personas que tengan Medicare que deseen afiliarse a un Medicare Advantage Plan.

Para afiliarse a un plan debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener ciudadanía otorgada por Estados Unidos o ser residente legal en el territorio de Estados Unidos.
- Residir en el área de servicio del plan.

Importante: Para afiliarse a un Medicare Advantage Plan, además debe tener:

- Medicare Parte A (Seguro de asistencia hospitalaria)
- Medicare Parte B (Seguro de asistencia médica)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Usted puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los tres primeros meses una vez que obtiene cobertura de Medicare.
- En determinadas situaciones en las que podrá afiliarse a un plan o cambiar de un plan a otro

Visite Medicare.gov para obtener más información acerca de cuándo puede afiliarse a un plan.

¿Qué información debo ingresar para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los puntos en la Sección 1.

Los puntos en la Sección 2 son opcionales. No se le negará el acceso a la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea afiliarse a un plan durante el período de inscripción abierta en otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre) el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura para que pague la prima correspondiente. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se descuenten de su cuenta bancaria o del beneficio mensual de su Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Correo postal:	Fax:
ATRIO Health Plans	866-238-1736
2965 Ryan Drive SE	
Salem, Oregon 97301	

Una vez que se procese su solicitud de afiliación, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener asistencia para completar este formulario?

Comuníquese con ATRIO Health Plans llamando al 1-877-672-8620. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2900.

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

En español: Llame a ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 / TTY 1-800-735-2900 o comuníquese gratis con Medicare llamando al

1-800-633-4227 y oprima el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

OMB No. 0938-1378
Vencimiento: 31/7/2023

De acuerdo con la Ley de Simplificación de los Procesos Administrativos de 1995, las personas no deben responder ante un pedido de recopilación de información a menos que se muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo solicitado para completar esta información está estimado en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si desea realizar comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o si tiene 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 otro artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Todo artículo que recibamos que no esté destinado a mejorar este formulario o el trabajo de la recopilación que implica (según se describe en OMB 0938-1378) será



SPECIAL NEEDS PLANS

Envíe este formulario completado por fax al 866.238.1736 o al 541.672.8670

SECCIÓN 1: Todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

POR FAVOR, CONTROLE EL PLAN AL QUE DESEA AFILIARSE:

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) - condados de Douglas y Klamath | \$ 0 por mes* |
| <input type="checkbox"/> 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

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del segundo nombre: _____
(Opcional)

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

Domicilio en el lugar de residencia permanente (No ingresar una casilla de correo): _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(Opcional)

Dirección de correo postal, si difiere de su domicilio en su lugar de residencia permanente (Puede ingresar una casilla de correo):

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare

Número de Medicare: _____
(ejemplo: 1234-123-1234)

Responda estas preguntas importantes

¿Necesitará otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de la que le otorga este plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
_____	_____	_____

Si tiene el Oregon Health Plan (Medicaid). Sí No

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto Medicare Parte A (Asistencia hospitalaria) como Parte B (Asistencia médica) para permanecer en este plan.
- Al afiliarme a este Medicare Advantage Plan, tengo conocimiento de que ATRIO Health Plans compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla con el fin de hacer un seguimiento de mi afiliación, realizar pagos,

y con otros fines autorizados por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (lea la Declaración sobre la Ley de privacidad, que aparece a continuación.)

- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responderlo puede afectar su afiliación al plan.
- La información de este formulario de afiliación es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si de manera intenciona proporciono información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.
- Entiendo que las personas que cuentan con Medicare no suelen recibir la cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada en zonas cercanas al límite del territorio estadounidense.
- Entiendo que una vez que comience mi cobertura con ATRIO, debo obtener todos los beneficios de asistencia médica y prescripción de medicamentos de parte de ATRIO. Se cubrirán todos los beneficios y servicios que brinda ATRIO que se mencionan en el documento "Evidencia de cobertura" emitido por ATRIO y que tengo en mi poder, (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni ATRIO pagarán beneficios ni servicios que no tengan cobertura.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído la presente solicitud y que comprendo su contenido. Si una persona autorizada firma esta solicitud (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta afiliación, y
 - 2) la documentación de esta fuente de autoridad se encuentra disponible a pedido de Medicare.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es la persona autorizada, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Relación con la persona que se afilia: _____

SECCIÓN 2: Todos los campos que figuran en esta página son opcionales.

Usted tiene la opción de responder estas preguntas o no. No se le negará el acceso a la cobertura si no completa estos campos.

Seleccione una de las opciones si desea enviarnos su información en un idioma que no sea el inglés.

Español

Seleccione una de las opciones si desea enviarnos su información en algún otro formato.

Braille Caracteres grandes Audio CD

Comuníquese con ATRIO llamando al (877) 672-8620 si necesita información en un formato accesible o en un idioma que figure entre los que se mencionan anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. A 8 p.m. (horario del Pacífico). Los usuarios de TTY pueden llamar al (800)-735-2900.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Mencione a su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan todos los meses (así como también cualquier sanción por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), mediante tarjeta de crédito, por teléfono o desde nuestro sitio web. **También puede optar por pagar su prima todos los meses mediante la deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).**

Si le corresponde pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos correspondiente a la Parte D (Parte D-IRMAA), deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto, por lo general, se deduce del beneficio del Seguro Social o puede obtener una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a ATRIO Health Plans el IRMAA por la Parte D.

Solo para uso administrativo:

Nombre del miembro del personal/agente/representante (si ayudó en la afiliación): _____

N.º de ID. del plan: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los centros que ofrecen servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la afiliación del beneficiario en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y

422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de afiliación de los beneficiarios de Medicare según se especifica en Sistema de notificación de registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588 Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responderlo puede afectar su afiliación al plan.