

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tengan Medicare y quieran registrarse en un Plan Medicare Advantage de medicamentos con receta.

### Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser un ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse al Plan Medicare Advantage de medicamentos con receta, también debe tener dos cosas:

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses después de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

**Nota:** Debe completar todos los campos de la sección 1. Los campos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

## Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de 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 por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de empleados ferroviarios).

## ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Correo:	Fax:
ATRIO Health Plans	(602) 975-4071
338 Jericho Turnpike #135	
Syosset, NY 11791	

Cuando se procese su solicitud para inscribirse, alguien se comunicará con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (TTY 711)

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quienes usen TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (TTY 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y presione el 2 para obtener asistencia en español. Un representante estará disponible para asistirlo.

OMB Nro. 0938-1378  
Vence: 7/31/2024

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que incluya un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión del tiempo calculado o 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 documento con su información personal (como reclamos, pagos, antecedentes médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.



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

**SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE INSCRIBIRSE:**

**Opciones de planes médicos y de medicamentos con receta**

- ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP): USD 0/mes (H3814\_007)       ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) - Willamette: USD 0/mes (H5995\_001)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M Número de teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Número de celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que cuando da su dirección de correo electrónico, acepta que le enviemos notificaciones por correo electrónico y cuando da su número de teléfono celular, acepta que le enviemos notificaciones por mensaje de texto, según corresponda. Siempre le daremos la opción de rechazar las comunicaciones futuras.

**Dirección física permanente: (NO detalle su apartado postal)**

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Dirección postal: si es diferente de su dirección de residencia permanente (puede detallar el apartado postal):**

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare**

**Busque la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.**

Complete la información tal como aparece en la tarjeta de Medicare - O BIEN - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare a la del Seguro Social o Junta de Jubilación de empleados ferroviarios.

Número de Medicare: \_\_\_\_\_  
(por ejemplo: 1234-123-1234)

Hospital (Parte A) Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Médico (Parte B) Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Debe tener la Parte A o la Parte B (o ambas) de Medicare para inscribirse al Plan de medicamentos recetados de Medicare.

## Cómo pagar las primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito, por teléfono o en nuestro sitio web cada mes. **También puede optar por pagar su prima con débito automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de empleados ferroviarios (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** Generalmente, la cantidad se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO le pague a ATRIO Health Plans la Parte D-IRMAA.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos incluyendo las primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Incluso si ahora recibe Ayuda adicional, es posible que deba volver a solicitar la recertificación. Muchas personas son elegibles para aprovechar estos descuentos, pero no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede enviar una solicitud para recibir Ayuda adicional en línea a [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si califica para recibir Ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por la cantidad que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura y un resumen de cuentas todos los meses.

**Seleccione una opción de pago y siga las instrucciones para configurar completamente:**

Recibir una factura y un resumen de cuentas mensuales

Transferencia electrónica de fondos (EFT) automática desde su cuenta bancaria

Para la EFT, inicie sesión en el portal de primas, en [atriohp.com/oregon/members/member-portal](http://atriohp.com/oregon/members/member-portal) ([atriohp.com/oregon/miembros/portal](http://atriohp.com/oregon/miembros/portal) para miembros).

Tarjeta de crédito

Para configurar el pago con tarjeta de crédito, inicie sesión en el portal de primas, en [atriohp.com/oregon/members/member-portal](http://atriohp.com/oregon/members/member-portal) ([atriohp.com/oregon/miembros/portal](http://atriohp.com/oregon/miembros/portal) para miembros).

Débito automático mensual de su cuenta de beneficios de Seguro Social o Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Recibo mis beneficios de:  Seguro Social  Junta de Jubilación Ferroviaria

(El débito del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en empezar a aplicarse, una vez que el Seguro Social o RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB aceptan su solicitud de débito automático, la primera deducción del beneficio de Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o RRB no aprueban su solicitud de débito automático o aprueban las deducciones después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

### **IMPORTANTE: Lea y firme abajo**

- Debo mantener tanto la Parte A (hospital) como la Parte B (médico) para permanecer en este plan. Debo pagar la prima de la Parte B si corresponde, a menos que la pague Medicaid u otra persona.
- Con mi inscripción en este Plan Medicare Advantage, reconozco que ATRIO Health Plans compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo).

- Entiendo que solo me puedo inscribir en uno de los planes de MA o Parte D, y que la inscripción en este plan terminará mi inscripción en otros planes MA o Parte D (aplican excepciones para planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de ATRIO, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta (si seleccioné un plan con cobertura de medicamentos con receta) de ATRIO. Los beneficios y servicios prestados por ATRIO y contenidos en mi documento de “Evidencia de cobertura” de ATRIO (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni ATRIO pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado, la firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción.
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible si lo pide Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y completar los campos que están abajo:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: Algunas preguntas que nos ayudan a administrar su plan (optional)**

1. Mencione su **médico de atención primaria** (PCP), clínica o centro médico: \_\_\_\_\_
2. Seleccione una opción si desea recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible.
  - Español  En letra grande  Otro: \_\_\_\_\_

Comuníquese con ATRIO al 1-877-672-8620 (TTY 711) si necesita recibir la información en un formato accesible que no aparezca arriba. Nuestro horario de atención es todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

3. ¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No
4. ¿Tiene otra cobertura médica o de medicamentos recetados (como Group, VA, TRICARE), además de este plan?
  - Sí  No

De ser así, detalle sus otras coberturas y su número de identidad para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:  
\_\_\_\_\_

Número de miembro de esta cobertura:  
\_\_\_\_\_

Número de grupo de esta cobertura  
\_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2 *continuación*: Algunas preguntas para ayudarnos a administrarnos a administrar su plan (opcional)

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.**

¿Eres hispano, latino/a o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, not of Hispanic, Latino/a, or Spanish origin       Sí, Mexican, Mexican American, Chicano/a
- Sí, Cuban
- Sí, Puerto Rican
- Sí, another Hispanic, Latino/a, or Spanish origin
- Elijo no contestar**

¿Cual es tu raza? Seleccione todas las que correspondan.

- American Indian or Alaska Native       Asian Indian       Black or Africa American
- Chinese       Filipino       Guamanian or Chamorro
- Japanese       Korean       Native Hawaiian
- Other Asian       Other Pacific Islander       Samoan
- Vietnamese       White
- Elijo no contestar**

## SECCIÓN 3: Para uso exclusivo de representantes de ventas/agencias autorizados

**El empleado/agente/accionista debe completar:**

**Nombre (si ayudaron con la inscripción):** \_\_\_\_\_

**Número de identificación de escritura:** \_\_\_\_\_

**Fecha de recepción original:** \_\_\_\_\_

**Fecha propuesta para la entrada en vigor de la cobertura:** \_\_\_\_\_

- IEP (miembros de MA-PD)     ICEP (miembros de MA)     IEP (miembros de MA-PD elegibles para un segundo IEP)
- OEP (del 1 de enero al 31 de marzo)     OEP (candidato nuevo)
- SEP (cambio de estado Dual LIS)     SEP (cambio de residencia)     SEP (pérdida de cobertura de EGHP)
- SEP (crónico)     SEP (mantenimiento de Dual LIS)     SEP (motivo del SEP): \_\_\_\_\_
- AEP (del 15 de octubre al 7 de diciembre)     OEPI

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de ventas autorizado (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe por correo postal o por fax este formulario completado a:**

ATRIO Health Plans  
338 Jericho Turnpike #135  
Syosset, NY 11791

Fax: (602) 975-4071

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recolectan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y el CFR 42, secciones 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS pueden usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema N.º. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.