



# Paquete de Inscripción de Medicare Advantage 2023

# Oregon

*Condados de Marion y Polk*

January 1, 2023 - December 31, 2023



En ATRIO, usted no es un número más o una cara más entre la multitud.

Nuestro compromiso es ayudar a mejorar la vida de nuestros miembros y la salud y el bienestar de las comunidades a las que servimos.

Nuestras sólidas relaciones con nuestros proveedores marcan una diferencia positiva.

**Más ventajas.  
Más tranquilidad.**





# La ventaja de ATRIO

En ATRIO Health Plans, usted no es una cara más entre la multitud. Nuestro compromiso es ayudar a mejorar la vida de nuestros miembros y la salud y el bienestar de las comunidades a las que servimos.

Los planes ATRIO Medicare Advantage ofrecen cobertura y opciones de gastos compartidos que cubren sus necesidades. La mayoría de nuestros planes combinan cobertura médica y de medicamentos con receta en un solo plan, además de otros beneficios como servicios dentales, artículos de venta libre, artículos de rutina de la vista, una flex card para dar flexibilidad en sus beneficios ¡y mucho más!

Nuestro Kit de inscripción le da todo lo que usted necesita para comparar las opciones del plan ATRIO, entender el valor de nuestros otros beneficios y completar nuestro sencillo proceso de inscripción.

ATRIO Health Plans tiene planes PPO y HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.

# Tabla of Contenidos

Entender Medicare Original	1
Entender los Planes Medicare Advantage PPO	2
Descripción breve de beneficios 2023	3
Cobertura de medicamentos	7
Las 100 mejores drogas	8
Mas beneficios	11
Resumen de beneficios 2023	16
Cómo inscribirse	26
Lista de verificación de inscripción	27
Alcance de la confirmación de la cita de ventas	28
Formulario de registro en el plan Medicare	30
Resumen del plan	44
Después de inscribirse	46
Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad/Insertar en varios idiomas	47

# Entender Medicare Original

Medicare Original lo ofrece el gobierno federal y consta de dos partes: Parte A y Parte B.

**La Parte A de Medicare** es un seguro hospitalario y, por lo general, cubre la atención en el hospital para pacientes hospitalizados, pacientes hospitalizados en un centro de enfermería o en un hospicio y la atención médica en casa.

**La Parte B de Medicare** es un seguro médico que cubre visitas en el consultorio del médico, laboratorio de diagnóstico y radiografías, servicios profesionales ambulatorios incluyendo operaciones, vacunas contra la gripe y más.

*Medicare Original NO incluye la cobertura de medicamentos con receta*

La cobertura de medicamentos con receta, también conocida como la Parte D, no se incluye en Medicare Original. Si usted retrasa su inscripción en un plan de la Parte D, pagará una multa equivalente a aproximadamente el 1 % de la prima mensual promedio por cada mes que retrasó la inscripción. Esto se debe pagar mensualmente siempre que usted esté inscrito en la Parte D.



## Entender los Planes Medicare Advantage PPO

PPO significa Organización de proveedores preferidos. Los planes Medicare Advantage PPO son un tipo de plan médico que tiene contratos con proveedores médicos, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Usted paga menos si usa proveedores que pertenecen a la red del plan, pero aún puede usar proveedores fuera de la red\* por gastos de bolsillo más altos.

*\*Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de atender a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información incluyendo los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.*

Los Planes Medicare Advantage, como ATRIO Health Plans, ofrecen más cobertura, todo en un plan, más allá de lo que ofrece Medicare Original. Nuestros planes incluyen:

- Hospital: Parte A
- Médico: Parte B
- Extras: dental, condición física, comidas, OTC, vista
- Medicamentos con receta: Parte D (con algunos planes)

## Los beneficios de un Plan PPO incluyen:

- Los servicios de emergencia y de urgencia están cubiertos sin importar a dónde vaya usted.
- Selección de un proveedor de atención primaria (PCP) de la red. Es importante seleccionar un PCP de la red en el área de servicio de su plan cuando se inscriba en el plan. Sin embargo, no está limitado a este PCP. Usted puede visitar a cualquier PCP dentro o fuera de la red para supervisar y ayudar a administrar su atención.
- No se necesita una remisión para ver a un especialista u otro proveedor dentro o fuera de la red.
- Usted paga el copago o coseguro de su plan cuando visita a un proveedor de la red.
- Si ve a un proveedor fuera de la red, su costo puede ser mayor.

*Use este kit para familiarizarse e inscribirse en un plan Medicare Advantage.*

## Requisitos de elegibilidad

Para inscribirse en un plan de ATRIO, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicios.

# Descripción breve de beneficios 2023



Planes ATRIO Medicare Advantage  
Condados Marion y Polk

## Beneficios médicos

Planes	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007		ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003	
<b>Costos del plan</b>	<b>Dentro y fuera de la red</b>		<b>Dentro y fuera de la red</b>	
Prima mensual del plan	\$0		\$99	
Deducible del plan	\$0		\$0	
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$4,500 Dentro de la red	\$6,500 Combinado	\$2,500 Dentro de la red	\$5,000 Combinado
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>
Proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	\$50	\$0	\$30
Especialista	\$40	\$65	\$25	\$50
Telesalud	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
<b>Atención de pacientes hospitalizados</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>
Atención en el hospital de pacientes hospitalizados	\$400 por día 1-5; \$0 por día después de eso	\$500 por día 1-5; \$0 por día 6-90	\$225 por día 1-8; \$0 por día después de eso	\$350 por día 1-7; \$0 por día 8-90
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 por día 1-20; \$150 por día 21-100	\$150 por día 1-100	\$0 por día 1-20; \$125 por día 21-100	\$125 por día 1-100
<b>Servicios ambulatorios</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>
Hospital de paciente ambulatorio	\$300	50%	\$275	\$425
Centro quirúrgico ambulatorio	\$225	\$325	\$225	\$225
Atención médica en casa	\$0	50%	\$0	50%
Suministros para la diabetes	\$0	50%	\$0	20%
Equipo médico duradero	20%	50%	20%	30%
<b>Servicios de laboratorio y otras pruebas</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>
Pruebas de laboratorio	\$0	\$20	\$0	\$0
Diagnóstico por imágenes (MRI/CT/PET)	\$0 a \$150	30%	\$100	30%
Rayos X	\$15	\$20	\$15	\$15
<b>Servicios de emergencia</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de red</b>
Ambulancia	\$250	\$250	\$225	\$225
Sala de emergencias*	\$110 de copago		\$110 de copago	
Atención necesaria de urgencia	\$35		\$25	

\*No se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición.

## Beneficios complementarios

Consulte la sección “Beneficios adicionales” en el Kit de inscripción para obtener un resumen más detallado.

Beneficios adicionales	ATRIO Choice Rx (PPO)	ATRIO Prime Rx (PPO)
<b>Examen físico anual</b>	1 cada año	1 cada año
<b>Servicios quiroprácticos, de acupuntura y naturopatía de rutina</b>	ATRIO cubre hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año.	ATRIO cubre hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año.
<b>Beneficio de condición física</b>	\$250 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.	\$550 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.
<b>Servicios dentales preventivos e integrales</b>	\$1,250 de asignación anual con una Flex Card	\$1,750 de asignación anual con una Flex Card
<b>Examen de la vista de rutina</b>	1 cada año	1 cada año
<b>Accesorios de la vista de rutina</b>	\$200 de asignación anual para monturas cada año \$100 de asignación para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año	\$200 de asignación anual para monturas cada año \$100 de asignación para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año
<b>Examen de audición de rutina</b>	1 cada año (solo dentro de la red)	1 cada año (solo dentro de la red)
<b>Aparatos auditivos</b>	\$699-\$999 por aparato auditivo, hasta 1 por oído, por año (solo dentro de la red)	\$699-\$999 por aparato auditivo, hasta 1 por oído, por año (solo dentro de la red)
<b>Comidas</b>	Hasta 2 comidas diarias por 14 días después de un evento que haga que califique	Hasta 2 comidas diarias por 14 días después de un evento que haga que califique
<b>Transporte</b>	ATRIO cubre hasta 24 transportes médicos que no sean de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año.	ATRIO cubre hasta 24 transportes médicos que no sean de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año.
<b>Artículos de venta sin receta (OTC)</b>	\$50 de asignación trimestral	\$75 de asignación trimestral



## Beneficios de medicamentos con receta

Ahorre un copago mensual en una receta para 90 días. \$0 de gastos de bolsillo para muchos medicamentos genéricos, determinadas insulinas y vacunas.

Planes	ATRIO Choice Rx (PPO)		ATRIO Prime Rx (PPO)	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
<b>Deducible</b>	\$100		\$0	
<b>Nivel 1 (genéricos preferidos)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2 (genéricos)</b>	\$8	\$16	\$8	\$16
<b>Nivel 3† (de marca preferidos)</b>	\$47	\$94	\$47	\$94
<b>Nivel 4† (medicamentos no preferidos)</b>	\$100	\$200	\$100	\$200
<b>Nivel 5† (especialidad)</b>	30%	N/A	33%	N/A
<b>Nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados)</b>	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Etapas del período sin cobertura:</b> Cuando el total pagado por usted y el plan llega a \$4,660, pasa a la etapa de Período sin cobertura.	Hay un 75% de descuento para la mayoría de los medicamentos genéricos y de marca			
<b>Etapas de cobertura catastrófica:</b> Después de que haya pagado \$7,400 de gastos de bolsillo, pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.	\$4.15 para los genéricos, \$10.35 para los de marca, o el 5%, lo que sea mayor			

† Aplica el deducible de la Parte D



# Cobertura de medicamentos

Para los planes que incluyen la cobertura de medicamentos con receta tenemos un formulario, que es una lista de medicamentos cubiertos. Nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) ofrece una amplia selección de medicamentos con receta de Medicare genéricos y de marca rentables. Para los Planes PPO, cada medicamento se clasificará en uno de seis niveles. Un nivel de medicamentos determina cuánto paga usted por su medicamento.

**Nivel 1** El nivel de “genéricos preferidos” incluye medicamentos genéricos de bajo costo.

**Nivel 2** El nivel “genéricos” incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y un número selecto de medicamentos de marca.

**Nivel 3** El nivel “de marca preferidos” incluye medicamentos de marca preferidos y un número selecto de genéricos de alto costo. Los medicamentos en este nivel costarán más que los medicamentos en el nivel 2.

**Nivel 4** El nivel “de marca no preferidos” incluye medicamentos de marca no preferidos y un número selecto genéricos de alto costo. Los medicamentos en este nivel costarán más (o tendrán un costo más alto) que los medicamentos en el nivel 3. Nota: Si un miembro tiene un medicamento fuera de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) que ha sido aprobado mediante una excepción de ATRIO, se incluirá en este nivel.

**Nivel 5** El nivel de “especialidad” incluye medicamentos especializados. Este es el nivel de gastos compartidos más alto. (Estos medicamentos no están disponibles para un pedido por correo o un suministro de 90 días).

**Nivel 6** Nivel de “medicamentos de atención selecta”. Aunque este suele ser el nivel de costo más alto, el nivel 6 tiene un nivel de copago de \$0 para ciertos medicamentos importantes, como:

- Insulinas seleccionadas
- Vacunas de la Parte D
- ACE-I/ARB para el tratamiento de la presión alta o la protección renal
- Medicamentos antidiabéticos seleccionados para tratar la diabetes
- Estatinas para tratar el colesterol alto

*Además, cuando un miembro entra en la etapa de Período sin cobertura o Cobertura catastrófica, las vacunas de la Parte D en este nivel seguirán teniendo un costo compartido de \$0.*

## ¿Qué sucede si el medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos (formulario)?

- Si no puede encontrar su medicamento en la lista de medicamentos cubiertos (formulario), llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda. Es posible que podamos darle una lista de medicamentos alternativos.
- Hable con el médico sobre un medicamento alternativo de la lista de medicamentos cubiertos (formulario).
- También puede presentar una Determinación de cobertura para pedir una excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario). Para obtener más información visite [atriohp.com](http://atriohp.com) pida a su médico que presente uno en su nombre.

## Tipos de restricciones que puede encontrar en los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)

- **Autorización previa (PA):** esta es una solicitud para una aprobación por adelantado. Algunos medicamentos pueden necesitar una autorización previa para asegurarse de que el medicamento se use de manera adecuada.
- **Límites de cantidad (QL):** ciertos medicamentos pueden tener un límite específico permitido de la cantidad autorizada a recibir.
- **Terapia escalonada (ST):** es posible que usted deba probar otros medicamentos antes de que aprobemos el uso de ciertos medicamentos para tratar la misma condición médica.
- **Revisión Parte B versus Parte D:** algunos medicamentos están cubiertos como parte de su cobertura médica de la Parte B y otros están cubiertos por su cobertura de la Parte D.

## Las 100 mejores drogas (medicamentos comúnmente)

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos en nuestro formulario, visite [atriohp.com](http://atriohp.com)

Nombre de la droga	Tipo de dosis	Nivel
ADVAIR DISKUS 250-50 MCG	INHALER	2
ALBUTEROL SULFATE HFA 90 MCG	INHALER	2
ALENDRONATE SODIUM 70 MG	TABLET	1
ALLOPURINOL 100 MG	TABLET	1
ALLOPURINOL 300 MG	TABLET	1
ALPRAZOLAM 0.5 MG	TABLET	1
AMLODIPINE BESYLATE 10 MG	TABLET	1
AMLODIPINE BESYLATE 2.5 MG	TABLET	1
AMLODIPINE BESYLATE 5 MG	TABLET	1
AMOXICILLIN 500 MG	CAPSULE	1
AMOXICILLIN 500 MG	TABLET	2
AMOXICILLIN-CLAVULANATE POTASS 875-125 MG	TABLET	2
ATORVASTATIN CALCIUM 10 MG	TABLET	6
ATORVASTATIN CALCIUM 20 MG	TABLET	6
ATORVASTATIN CALCIUM 40 MG	TABLET	6
ATORVASTATIN CALCIUM 80 MG	TABLET	6
AZITHROMYCIN 250 MG	TABLET	2
CARVEDILOL 3.125 MG	TABLET	1
CARVEDILOL 6.25 MG	TABLET	1
CEPHALEXIN 500 MG	CAPSULE	1
CEPHALEXIN 500 MG	TABLET	2
CITALOPRAM HBR 20 MG	TABLET	1
CLOPIDOGREL 75 MG	TABLET	1
CYCLOBENZAPRINE HCL 10 MG	TABLET	1
DULOXETINE HCL 30 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	2
DULOXETINE HCL 60 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	2
ELIQUIS 5 MG	TABLET	3
ESCITALOPRAM OXALATE 10 MG	TABLET	1
ESCITALOPRAM OXALATE 20 MG	TABLET	1
EZETIMIBE 10 MG	TABLET	2
FINASTERIDE 5 MG	TABLET	1
FLUOXETINE HCL 20 MG	CAPSULE	1
FLUTICASONE PROPIONATE 50 MCG	NASAL SPRAY	1

## Las 100 mejores drogas (medicamentos comúnmente)

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos en nuestro formulario, visite [atriohp.com](http://atriohp.com)

Nombre de la droga	Tipo de dosis	Nivel
FUROSEMIDE 20 MG	TABLET	1
FUROSEMIDE 40 MG	TABLET	1
GABAPENTIN 100 MG	CAPSULE	1
GABAPENTIN 300 MG	CAPSULE	1
GABAPENTIN 600 MG	TABLET	2
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG	CAPSULE	1
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG	TABLET	1
HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG	TABLET	1
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10MG-325MG	TABLET	2
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5 MG-325MG	TABLET	2
LEVOTHYROXINE SODIUM 100 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 112 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 125 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 25 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 50 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 75 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 88 MCG	TABLET	1
LISINOPRIL 10 MG	TABLET	6
LISINOPRIL 20 MG	TABLET	6
LISINOPRIL 40 MG	TABLET	6
LISINOPRIL 5 MG	TABLET	6
LISINOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 20-12.5 MG	TABLET	6
LOSARTAN POTASSIUM 100 MG	TABLET	6
LOSARTAN POTASSIUM 25 MG	TABLET	6
LOSARTAN POTASSIUM 50 MG	TABLET	6
MELOXICAM 15 MG	TABLET	1
METFORMIN HCL 1000 MG	TABLET	6
METFORMIN HCL 500 MG	TABLET	6
METFORMIN HCL ER 500 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	6
METOPROLOL SUCCINATE 100 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
METOPROLOL SUCCINATE 25 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
METOPROLOL SUCCINATE 50 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
METOPROLOL TARTRATE 25 MG	TABLET	1
METOPROLOL TARTRATE 50 MG	TABLET	1
MONTELUKAST SODIUM 10 MG	TABLET	1

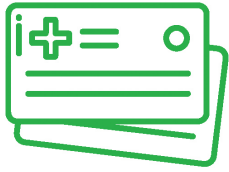
## Las 100 mejores drogas (medicamentos comúnmente)

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos en nuestro formulario, visite [atriohp.com](http://atriohp.com)

Nombre de la droga	Tipo de dosis	Nivel
OMEPRAZOLE 20 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	1
OMEPRAZOLE 40 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	1
OXYCODONE HCL 10 MG	TABLET	2
OXYCODONE HCL 5 MG	CAPSULE	3
OXYCODONE HCL 5 MG	TABLET	2
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5 MG-325MG	TABLET	2
PANTOPRAZOLE SODIUM 40 MG	TABLET DR	1
PANTOPRAZOLE SODIUM 40 MG	VIAL	2
POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ	CAPSULE (EXTENDED RELEASE)	2
POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ	TABLET (EXTENDED RELEASE)	2
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ	TABLET (EXTENDED RELEASE)	2
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ	TABLET (EXTENDED RELEASE)	2
PRAVASTATIN SODIUM 20 MG	TABLET	6
PRAVASTATIN SODIUM 40 MG	TABLET	6
PREDNISONE 10 MG	TABLET (DOSE PACK)	2
PREDNISONE 10 MG	TABLET	1
PREDNISONE 20 MG	TABLET	1
ROSUVASTATIN CALCIUM 10 MG	TABLET	6
ROSUVASTATIN CALCIUM 20 MG	TABLET	6
SERTRALINE HCL 100 MG	TABLET	1
SERTRALINE HCL 50 MG	TABLET	1
SHINGRIX 50 MCG/0.5	KIT	6
SIMVASTATIN 20 MG	TABLET	6
SIMVASTATIN 40 MG	TABLET	6
SPIRONOLACTONE 25 MG	TABLET	1
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM 800-160 MG	TABLET	1
TAMSULOSIN HCL 0.4 MG	CAPSULE	1
TRAMADOL HCL 50 MG	TABLET	1
TRAZODONE HCL 100 MG	TABLET	1
TRAZODONE HCL 50 MG	TABLET	1
XARELTO 20 MG	TABLET	3
ZOLPIDEM TARTRATE 10 MG	TABLET	1

# Más beneficios

Cuando elige ATRIO, obtiene más beneficios que Medicare Original no cubre. Esto incluye:



## Flex Card

La Flex Card es una tarjeta de débito que incluye una cantidad fija en dólares para usar en servicios dentales integrales y preventivos, y una cantidad fija separada para usar en la cobertura de membresías de condición física. Sencillamente use su flex card como una tarjeta de débito para pagar artículos o servicios hasta la cantidad establecida. Cada vez que use su flex card, la cantidad gastada se deducirá de su tarjeta.

**Beneficio dental:** Usted recibe una asignación para pagar por servicios dentales. Usted elige a su proveedor y decide cómo gastar sus fondos dentales. Para el plan Choice Rx plan recibe una asignación de \$1,250. Para el plan Prime Rx plan recibe una asignación de \$1,750.

**Beneficio de condición física:** Usted recibe una asignación para cubrir el costo de los cargos por membresía del gimnasio. Para el Choice Rx recibe una asignación de \$250. Para el Prime Rx recibe una asignación de \$550.

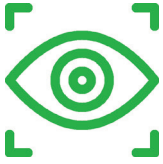
**Asignación de OTC:** Usted recibirá una asignación de \$50 o \$75 para usarla en una tienda, en línea o en pedidos por correo.



## Dental de rutina

(Servicios cubiertos además de su asignación de flex card mencionada arriba)

- ✓ \$0 de copago por visitas **preventivas** ilimitadas en el consultorio dental, exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías
- ✓ \$0 de copago para visitas integrales ilimitadas en el consultorio dental para servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia/periodoncia/extracciones y prostodoncia/cirugía maxilofacial/otros servicios
- ✓ Libertad para usar cualquier dentista que elija



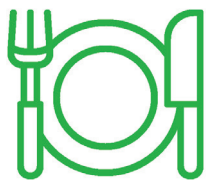
## Vista de rutina

- ✓ \$0 de copago por examen de la vista de rutina (cada año) de un proveedor de VSP dentro de la red
- ✓ Recibe una asignación hasta de \$200 para monturas cada 2 años. Los lentes para anteojos están cubiertos en su totalidad
- ✓ Recibe una asignación hasta de \$100 para lentes de contacto
- ✓ Elija entre una extensa red de proveedores calificados de la vista de **VSP Vision Care**



## Beneficio de audición de rutina

- ✓ \$0 de copago por un examen de audición de rutina anual de un proveedor de Amplifon dentro de la red.
- ✓ Recibe cobertura para aparatos auditivos de primer nivel a precios asequibles. Paga \$699 - \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 por año. Esta cantidad se puede pagar en 12 cuotas mensuales, SIN intereses.
- ✓ Elija de una extensa red de proveedores de audición calificados de **Amplifon**.



## Comidas

Usted recibe hasta 28 comidas previa autorización después de un evento que haga que califique, como una estancia como paciente hospitalizado o si recibe servicios médicos en casa, ofrecidas por **Mom's Meals**. También disfrute de envío gratis para cualquier comida que usted ordene como opción de pago por cuenta propia.





## Artículos de venta libre (OTC)

Recibirá un crédito trimestral de \$50 o \$75 para comprar artículos de venta libre de una lista de productos elegibles. Usted puede hacer un pedido en línea, por teléfono o por correo con su Catálogo OTC 2023 o en una tienda con su flex card. Si el total de su pedido excede la cantidad de su beneficio, se aceptan tarjetas de crédito. Los fondos de beneficios dados deben usarse en su totalidad antes de que se acepten otras formas de pago.



## Atención emergencia y de urgencia en todo el mundo

Beneficios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo cuando viaja usted fuera del país.



## Telesalud

Un servicio virtual es una visita a un médico por teléfono o por Internet usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de visitas pueden necesitar Internet y un dispositivo con cámara.

- ✓ \$0 de copago por servicios virtuales recibidos de un proveedor de **Teladoc** dentro de la red.
- ✓ Se ofrece acceso a visitas virtuales a médicos certificados por la Junta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- ✓ Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud conductual, dermatología y más.



## Transporte

- ✓ \$0 para transporte médico que no es de emergencia
- ✓ Usted recibe hasta 24 viajes de ida o vuelta relacionados con la salud y aprobados por el plan a través de **SafeRide** cada año, a lugares como centros para pacientes hospitalizados, consultorios de proveedores, farmacias y centros médicos.



## Servicios alternativos

- ✓ \$20 de copago por visita de un proveedor de **American Specialty Health** dentro de la red.
- ✓ Usted recibe un total de 30 visitas combinadas para usar en servicios quiroprácticos complementarios, servicios complementarios de acupuntura y servicios de naturopatía



## Información de contacto y acceso

Visite [atriohp.com/extra-benefits](http://atriohp.com/extra-benefits) para obtener más información sobre más beneficios.

**Flex Card:** Para ver el saldo, reportar una tarjeta perdida, pedir una nueva tarjeta o si tiene otras preguntas llame al 1-800-371-2119 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. EST

**Amplifon Hearing:** Para buscar un proveedor cerca de usted y programar una cita llame al 1-866-375-0563, (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., PST

**VSP Vision Care:** Para buscar un oftalmólogo dentro de la red de VSP Advantage llame al 1-844-344-0572 (TTY 1-800-428-4833), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, hora local

**OTC:** Para hacer un pedido o para obtener más información llame al 1-855-253-5768 (TTY 711). Puede encontrar los catálogos en línea en [atriohp.com/extra-benefits](http://atriohp.com/extra-benefits)

**Teladoc:** Para encontrar un buscar un proveedor y programar una cita llame al 1-800-teladoc (835-2362), 24 horas al día, 7 días a la semana.

**SafeRide:** Para programar un viaje llame al 1-888-617-0467 (TTY 711), de lunes a sábado, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local

**American Specialty Health:** Para buscar un proveedor y programar una cita llame al 1-800-678-9133 (TTY 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 5:00 a. m. a 10:00 p. m. (PDT), 7 días a la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (PDT), lunes a viernes.





# Resumen de beneficios 2023

# *Oregón*

Condados de Marion y Polk

---

**ATRIO Choice Rx (PPO)**

**ATRIO Prime Rx (PPO)**

---

## Índice

Acerca del resumen de beneficios y quién se puede inscribir .....	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? .....	1
Consejos para comparar sus opciones de Medicare .....	1
Lista de verificación antes de la inscripción .....	1
Prima del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por servicios cubiertos .....	3
Prima del plan .....	3
Deducible del plan.....	3
Límites de gastos de bolsillo .....	3
Beneficios médicos y de hospital cubiertos .....	3
Atención en el hospital a pacientes hospitalizados (atención de casos agudos).....	3
Hospital de pacientes ambulatorios .....	3
Centro quirúrgico ambulatorio .....	3
Visitas en el consultorio del médico .....	3
Atención preventiva.....	3
Atención de emergencia.....	4
Atención de urgencia.....	4
Prueba de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X * .....	4
Servicios de audición .....	4
Servicios dentales .....	5
Servicios de la vista.....	5
Servicios de salud mental .....	5
Centro de enfermería especializada (SNF).....	5
Fisioterapia.....	6
Ambulancia.....	6
Transporte .....	6
Medicamentos de la Parte B de Medicare .....	6
Telesalud .....	6
Cuidado de los pies.....	6
Equipo y suministros médicos.....	7
Condición física .....	7
Servicios quiroprácticos .....	7
Servicios quiroprácticos/ acupuntura/naturopatía (sin cobertura de Medicare) .....	7
Artículos de venta libre.....	7
Comidas .....	7
Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	7
Etapas de deducible.....	7
Etapas de cobertura inicial.....	7
Etapas del período sin cobertura .....	8
Etapas de cobertura catastrófica .....	8

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de ATRIO Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para saber si cubriremos un servicio fuera de la red, los animamos a usted o a su proveedor a que nos pidan una determinación de la organización antes de recibir el servicio. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

# Resumen de beneficios 2023

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

## Acerca del resumen de beneficios y quién se puede inscribir

Este es un resumen de los medicamentos y servicios médicos que cubren **ATRIO Choice Rx (PPO)** y **ATRIO Prime Rx (PPO)**. En la información de beneficios entregada no se incluyen todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura en **atriohp.com**. Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicios.

Nuestra área de servicio para estos planes incluye estos condados en **Oregón: condados de Marion y Polk**.

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

ATRIO Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores de nuestra red, posiblemente pague menos por sus servicios cubiertos. Si usa proveedores que no están en nuestra red puede pagar un costo más alto de gastos de bolsillo. Generalmente debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos con receta (si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos). Puede ver la Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos con receta de la Parte D) de nuestro plan, el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias en nuestro sitio web, **atriohp.com**.

## Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual "Medicare y usted" en vigor. Véalo en línea en **medicare.gov** o pida una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda por completo nuestras reglas y beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para hablar con un representante de Servicio al Cliente.

Cómo entender los beneficios	
<input type="checkbox"/>	La Evidencia de cobertura (EOC) incluye una lista completa de toda la cobertura y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite <b>atriohp.com</b> o llame al <b>1-877-672-8620</b> (TTY 711) para ver una copia de EOC.
<input type="checkbox"/>	Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden estén en la red. Si no están en el directorio, eso significa que posiblemente tenga que elegir un nuevo médico.
<input type="checkbox"/>	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no está en el directorio, es posible que tenga que buscar una nueva farmacia para sus recetas.
<input type="checkbox"/>	Revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
<input type="checkbox"/>	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que los medicamentos estén cubiertos.

<b>Entienda las reglas importantes</b>	
<input type="checkbox"/>	Además de la prima mensual del plan (si corresponde), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
<input type="checkbox"/>	Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
<input type="checkbox"/>	Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, tendrá que pagar un copago más alto por los servicios que reciba de los proveedores sin contrato.

ATRIO Health Plans es PPO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.

H7006\_SB\_OR\_MP\_2023\_M

H7006-007, H7006-003



### Prima del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por servicios cubiertos

	<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
<b>Prima del plan</b>	\$0 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$99 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible del plan</b>	\$0 por año	\$0 por año
<b>Límites de gastos de bolsillo</b>	\$4,500 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$6,500 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red se aplica para este límite.	\$2,500 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$5,000 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red se aplica para este límite.

### Beneficios médicos y de hospital cubiertos

Nota: Los servicios marcados con un \* pueden necesitar la autorización previa.

	<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
<b>Atención en el hospital a pacientes hospitalizados (atención de casos agudos) *</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$400 de copago por día para los días del 1-5; \$0 de copago por día a partir del día 6 <b>Fuera de la red:</b> \$500 de copago por día para los días del 1-5; \$0 de copago por día a partir para los días 6-90  Sin máximo de gastos de bolsillo	<b>Dentro de la red:</b> \$225 de copago por día para los días del 1-8; \$0 de copago por día a partir del día 9 <b>Fuera de la red:</b> \$350 de copago por día para los días del 1-7; \$0 de copago por día a partir para los días 8-90  Sin máximo de gastos de bolsillo
<b>Hospital de pacientes ambulatorios *</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$300 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<b>Dentro de la red:</b> \$275 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$425 de copago
<b>Centro quirúrgico ambulatorio*</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$225 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$325 de copago	<b>Dentro de la red:</b> \$225 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$225 de copago
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	<u>Médico de atención primaria:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago <u>Especialista:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$65 de copago	<u>Médico de atención primaria:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$30 de copago <u>Especialista:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago
<b>Atención preventiva</b>	Usted no paga nada por los servicios de prevención cubiertos de Medicare. Todos los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del plan están cubiertos. Nuestro plan también cubre un examen físico anual suplementario sin costo.	

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cobertura mundial en caso de emergencia o urgencia.	\$110 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).	\$110 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).
<b>Atención de urgencia</b> Vea “Atención de emergencia” para copagos en todo el mundo.	\$35 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).	\$25 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).
<b>Prueba de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X *</b> (como MRI y CT)	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 a \$150 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro</p> <p><u>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$20 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> (como radioterapia por cáncer):  <b>Dentro de la red:</b> \$60 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro</p> <p><u>Rayos X ambulatorios:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$15 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$20 de copago</p>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$100 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro</p> <p><u>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$15 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> (como radioterapia por cáncer):  <b>Dentro de la red:</b> \$60 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro</p> <p><u>Rayos X ambulatorios:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$15 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$15 de copago</p>
<b>Servicios de audición</b> Cubierto por Medicare: exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio.	<p><u>Cubierto por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$65 de copago</p> <p><u>Servicios de audición adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):                      Examen de audición de rutina  <b>Dentro de la red:</b>                      \$0 de copago                      Aparatos auditivos: \$699 a \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 al año (uno por año)  <b>Fuera de la red:</b>                      \$0 de copago                      (Debe usar un proveedor Amplifon para recibir los beneficios de aparatos auditivos)</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago</p> <p><u>Servicios de audición adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):                      Examen de audición de rutina  <b>Dentro de la red:</b>                      \$0 de copago                      Aparatos auditivos: \$699 a \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 al año (uno por año)  <b>Fuera de la red:</b>                      \$0 de copago                      (Debe usar un proveedor Amplifon para recibir los beneficios de aparatos auditivos)</p>

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
<p><b>Servicios dentales *</b> Cubierto por Medicare: servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes).</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$65 de copago  <u>Servicios dentales adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):  <b>Dentro y fuera de la red:</b>                      \$0 de copago hasta la asignación</p> <p>\$1,250 de asignación anual para el pago de servicios dentales de prevención y completos en cualquier proveedor mediante una Flex Card.</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$45 de copago  <u>Servicios dentales adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):  <b>Dentro y fuera de la red:</b>                      \$0 de copago hasta la asignación</p> <p>\$1,750 de asignación anual para el pago de servicios dentales de prevención y completos en cualquier proveedor mediante una Flex Card.</p>
<p><b>Servicios de la vista</b> Cubierto por Medicare: exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluyendo una evaluación anual de glaucoma).</p>	<p><u>Exámenes cubiertos por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$65 de copago  <u>Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare:</u>  <b>Dentro y fuera de la red:</b>                      \$0 de copago  <u>Servicios de la vista adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):                      Examen de la vista de rutina  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>Anteojos y lentes de rutina  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>\$200 de asignación para monturas cada año; asignación de \$100 para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año</p>	<p><u>Exámenes cubiertos por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$15 de copago  <b>Fuera de la red:</b> \$15 de copago  <u>Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare:</u>  <b>Dentro y fuera de la red:</b>                      \$0 de copago  <u>Servicios de la vista adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):                      Examen de la vista de rutina  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>Anteojos y lentes de rutina  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>\$200 de asignación para monturas cada año; asignación de \$100 para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año</p>
<p><b>Servicios de salud mental *</b></p>	<p><u>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados:</u>  <b>Dentro de la red:</b>                      \$370 de copago diarios para los días 1-5                      \$0 de copago diarios para los días 6-90  <b>Fuera de la red:</b>                      \$500 de copago diarios para los días 1-5                      \$0 de copago diarios para los días 6-90</p> <p><u>visita de terapia individual y de grupo para pacientes ambulatorios:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$40 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p>	<p><u>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados:</u>  <b>Dentro de la red:</b>                      \$200 de copago diarios para los días 1-8                      \$0 de copago diarios para los días 9-90  <b>Fuera de la red:</b>                      \$325 de copago diarios para los días 1-8                      \$0 de copago diarios para los días 9-90</p> <p><u>Visita de terapia individual y de grupo para pacientes ambulatorios:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p>
<p><b>Centro de enfermería</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p>

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
<b>especializada (SNF) *</b>	\$0 de copago diarios para los días 1-20 \$150 de copago diarios para los días 21-100 <b>Fuera de la red:</b> \$150 de copago diarios para los días 1-100	\$0 de copago diarios para los días 1-20 \$125 de copago diarios para los días 21-100 <b>Fuera de la red:</b> \$125 de copago diarios para los días 1-100
<b>Fisioterapia *</b>	<u>Servicios de fisioterapia y terapia del habla:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro <u>Visita de terapia ocupacional:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Servicios de fisioterapia y terapia del habla:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$30 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro Visita de terapia ocupacional <b>Dentro de la red:</b> \$30 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Ambulancia *</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$250 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$250 de copago	<b>Dentro de la red:</b> \$225 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$225 de copago
<b>Transporte</b>	\$0 de copago hasta 24 transportes médicos que no sea de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año  (Debe usar SafeRide para recibir los beneficios de transporte de rutina)	\$0 de copago hasta 24 transportes médicos que no sea de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año  (Debe usar SafeRide para recibir los beneficios de transporte de rutina)
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare *</b>	<b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Telesalud</b> (Sin cobertura de Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> sin cobertura  (Debe usar el proveedor Teladoc para recibir los beneficios adicionales de telesalud)	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> sin cobertura  (Debe usar el proveedor Teladoc para recibir los beneficios adicionales de telesalud)
<b>Cuidado de los pies</b> Cubierto por Medicare: exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o si cumple ciertas condiciones.	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
<b>Equipo y suministros médicos *</b>	<u>Equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos:</u> <b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos:</u> <b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro
	<u>Suministros y servicios para diabéticos:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Suministros y servicios para diabéticos:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro
<b>Condición física</b>	\$250 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.	\$550 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.
<b>Servicios quiroprácticos</b> (Cubierto por Medicare) manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se salen de su posición).	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$65 de copago	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago
<b>Servicios quiroprácticos/acupuntura/naturopatía</b> (sin cobertura de Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$65 de copago Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año	<b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted recibirá una asignación de \$50 por trimestre	Usted recibirá una asignación de \$75 por trimestre
<b>Comidas*</b>	\$0 de copago 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia de paciente hospitalizado en un centro de enfermería especializada o mientras recibe servicios de atención en casa	\$0 de copago 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia de paciente hospitalizado en un centro de enfermería especializada o mientras recibe servicios de atención en casa

**Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare**

**Etapas de deducible**

El deducible de la Parte D solo se aplica a medicamentos en los niveles 3, 4 y 5.

<b>ATRIO Choice Rx H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx H7006-003</b>
\$100 por año	\$0 por año

**Etapas de cobertura inicial**

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$4,660.

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Si vive en un centro de atención de largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia estándar. Si elige el servicio de pedido por correo, paga lo mismo que un suministro para 90 días en una farmacia dentro de la red. Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más que en una farmacia dentro de la red.

ATRIO Choice Rx			ATRIO Prime Rx		
Costos compartidos de farmacia estándar			Costos compartidos de farmacia estándar		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genéricos)	\$8 de copago	\$16 de copago	Nivel 2 (genéricos)	\$8 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidades)	30% de coseguro	No está disponible el suministro de largo plazo	Nivel 5 (nivel de especialidades)	33% de coseguro	No está disponible el suministro de largo plazo
Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$0 de copago	\$0 de copago

**Etapas del período sin cobertura**

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (llamado también "interrupción en cobertura"). El período sin cobertura comienza cuando su costo total anual de medicamentos llega a \$4,660.

Una vez entra al período sin cobertura, paga el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos y de marca cubiertos hasta que los gastos de bolsillo anuales llegan a \$7,400 y luego entra a la etapa de cobertura catastrófica. Esta cantidad y las reglas para los costos que se aplican a esta cantidad las estableció Medicare.

**Etapas de cobertura catastrófica**

Una vez que sus gastos de bolsillo anuales para medicamentos llegan a \$7,400, paga lo que sea mayor:

- 5% del costo o
- \$4.15 de copago de medicamentos genéricos y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.

# Cómo inscribirse

Es fácil inscribirse en un ATRIO Medicare Advantage Plan. Elija una de las 5 formas que se mencionan abajo.

1

## En línea

Conéctese y complete un formulario de inscripción en línea.  
[atriohp.com](http://atriohp.com)

2

## Por teléfono

Llámenos y uno de nuestros asesores puede ayudarlo a completar su inscripción.  
[888-201-8818](tel:888-201-8818). TTY 711

3

## En persona

Venga a una oficina local de ATRIO y trabaje con uno de nuestros asesores para completar su inscripción.  
[2965 Ryan Drive NE, Salem, OR](#)

4

## En su casa

Podemos pedir a un asesor local que vaya a su casa o le dé una cita virtual para ayudarlo a completar su inscripción.  
[888-201-8818](tel:888-201-8818). TTY 711

5

## Correo o por fax

Complete el formulario de inscripción impreso que se incluye en este kit y envíelo por correo o fax a:

[ATRIO Health Plans 338](#)

[Fax: \(602\) 975-4071](tel:(602)975-4071)

[Jericho Turnpike #135](#)



[Syosset, NY 11791](#)

# Lista de verificación de inscripción




Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda por completo nuestras reglas y beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al número que aparece en la contracubierta de este libro.

## Entienda los beneficios

La Evidencia de cobertura (EOC) da una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite nuestro sitio web en [atriohp.com](http://atriohp.com) o llame a nuestro representante de Servicio al Cliente al número que aparece en la contracubierta de este libro.

-  Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden están en la red. Si no están en el directorio, eso significa que posiblemente tenga que elegir un nuevo médico.
-  Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para cualquier medicamento con receta está en la red. Si la farmacia no está en el directorio, es posible que tenga que buscar una nueva farmacia para sus recetas.

## Entienda las reglas importantes

-  Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
-  Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
-  Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos prestados por un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación urgente o de emergencia, los proveedores sin contrato pueden negarle la atención. Además, es posible que tenga que hacer un copago más alto por los servicios que reciba de los proveedores sin contrato.



## Alcance de la confirmación de la cita de ventas

Los centros para Servicios Medicare y Medicaid requiere agentes documentar el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas cara a cara para asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o de sus representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Iniciales a continuación junto al tipo de producto (s) que desea que el agente para discutir	
<input type="text"/>	Planes de Medicare Advantage (indicar más abajo con iniciales)
<input type="text"/>	Planes de medicamentos recetados de Medicare independiente
<input type="text"/>	Productos de la dental/visión/audición
<input type="text"/>	Productos de accidente y enfermedad crítica
<input type="text"/>	Productos de Medicare (Medigap) del suplemento
<input type="checkbox"/>	<b>Medicare Plan de organización de proveedores preferidos (PPO):</b> Un Plan Medicare Advantage (Ventaja) que ofrece cobertura de salud todo Original Medicare parte A y parte B y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados parte D. PPO tiene hospitales y médicos de la red pero también puede utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
<input type="checkbox"/>	<b>Organización de mantenimiento de salud de Medicare (HMO):</b> Un Plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de salud todo Original Medicare parte A y parte B y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados parte D. En la mayoría de las HMO, sólo se puede obtener su cuidado de los médicos o los hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).
<input type="checkbox"/>	<b>Con necesidades especiales de Medicare Plan (SNP):</b> Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales. Los grupos específicos atendidos algunos ejemplos de personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan Medicare de medicamentos recetados (PBP):</b> Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados de Medicare Original, algunos planes de costo de Medicare, algunos planes privados de Medicare Fee for Service y planes de cuenta de ahorros médicos Medicare.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan privado de Medicare Fee-For-Service (PFFS):</b> Un Plan de Medicare Advantage en el que usted puede ir a cualquier médico aprobados por Medicare, el hospital y el proveedor que acepta del plan pago, términos y condiciones y se compromete a tratar – no todos los proveedores de la voluntad. Si te unes a un Plan PFFS que cuenta con una red, puede ver cualquiera de los proveedores de red que acordaron tratar siempre a los miembros del plan. Usted generalmente pagará más para ver los proveedores fuera de la red.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare:</b> Planes de MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan de depósitos de dinero de Medicare en la cuenta. Se puede utilizar para pagar sus gastos médicos hasta que se cumple su deducible.
<input type="checkbox"/>	<b>Costo de Medicare Plan de:</b> en un costo de Medicare Plan, le puede ir a proveedores de ambos en y hacia fuera de red. Si te obtener servicios fuera de de el plan red, su Cubiertos por Medicare servicios va a ser pagado para bajo Medicare Original pero a ser responsable de Coseguro de Medicare y deducibles.



**Al firmar este formulario, usted acepta una reunión con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que rubricó.**

Tenga en cuenta, la persona que discutirá los productos empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajo directamente para el Gobierno Federal. Este individuo también pueden pagarse basado en su inscripción en un plan.

Firmar este formulario no obliga a inscribirse en un plan, afectan su inscripción actual o inscribirle en un plan de Medicare.

**Firma de representante autorizado o beneficiario y la fecha de firma:**

**FIRMADA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*Si eres el representante autorizado, por favor firme arriba e imprimir a continuación:*

*Nombre del representative:* \_\_\_\_\_

*Su relación con el beneficiario:* \_\_\_\_\_

**A SER COMPLETADO POR EL AGENTE**

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono beneficiario (opcional):
Dirección de beneficiario (opcional):	
Método inicial de contacto:	
Firma del agente:	
Plan(s) el agente representado en esta reunión:	
Fecha cita completado	
[Plan de uso]	

\* Alcance de la documentación del nombramiento está sujeto a requisitos de retención de registros CMS\*

**Agente: Tenga en cuenta - si el beneficiario firma el formulario en el momento de la cita, explicar por qué SOA no fue documentado antes de la reunión**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ¿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 PRIME Rx (PPO): USD 99/mes (H7006\_003)
  ATRIO CHOICE Rx (PPO): USD 0/mes (H7006\_007)

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

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

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.





## 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** (TTY 711) para determinar si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días.



## ¿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.

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.

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

Fax: (602) 975-4071

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.





**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 PRIME Rx (PPO): USD 99/mes (H7006\_003)
  ATRIO CHOICE Rx (PPO): USD 0/mes (H7006\_007)

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

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

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.





# Resumen del plan

Queremos asegurarnos de que sepa qué esperar con el nuevo plan que ha elegido. Complete este resumen del plan con su representante de ventas autorizado (si corresponde).

## Información del plan

### Mi nuevo plan es un:

- Plan Medicare Advantage *(Sin cobertura de medicamentos con receta)*
- Plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage
- Medicare Advantage Special Needs Plan

**El nombre de mi nuevo plan es:** \_\_\_\_\_ **Mi tipo de plan es (encierre una opción en un círculo):**  
HMO DSNP o PPO

- Mi tipo de plan:**     Necesita remisiones                       No necesita remisiones
- Incluye un deducible médico a menos que el estado u otro tercero lo pague por mí
  - No incluye un deducible médico

### Mi plan dará:

- Toda la cobertura médica de Medicare
- Toda la cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Debo vivir en el área de servicio del plan, que es \_\_\_\_\_. Si me mudo fuera del área de servicio del plan durante más de 6 meses seguidos, tendré que elegir un nuevo plan.

## Información de la prima

**Mi plan tiene una prima**     Sí     No    Si respondió sí, la cantidad de mi prima es \$ \_\_\_\_\_ al mes, que debo pagar para mantenerme en este plan. Si califico para la Ayuda Adicional, mi prima puede ser menor.\* Además, debo permanecer inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare, a menos que el estado u otro tercero la pague por mí. Si debo una multa por inscripción tardía (LEP), no está incluida en mi prima. Tendré que agregarla a mi prima cada mes.

\* *Ayuda adicional es un programa para personas con ingresos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si califica para Ayuda adicional, llame a:*

- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778
- La oficina estatal de Medicaid

## Información del proveedor de la red

Entender su red es importante. Con mi plan puedo ver a cualquier proveedor dentro o fuera de la red en todo el país que acepte Medicare. Si obtengo mi atención de proveedores fuera de la red, es posible que pague una cantidad de gastos de bolsillo más alta.     Sí                       No

Haga una lista de los médicos y hospitales que usa en esta tabla. Asegúrese de anotar si son parte de la red de proveedores del plan ATRIO o no. Para saber si son parte de la red del plan visite [www.atriohp.com](http://www.atriohp.com).

Nombre del proveedor	Tipo de proveedor (PCP/Especialista/Hospital)	Red (Sí/No)

### Cobertura de medicamentos con receta

Mi plan tiene un deducible de medicamentos con receta.  Sí  No

Si tengo un deducible, la cantidad es \$ \_\_\_\_\_ y aplica a los medicamentos en (seleccione las respuestas):

Nivel 1  Nivel 2  Nivel 3  Nivel 4  Nivel 5 o  TODOS los niveles

Haga una lista de los medicamentos que usa en esta tabla. Asegúrese de anotar su nivel, si hay algún límite en el medicamento y si se aplica el deducible de medicamentos con receta.

Medicamento	Nivel	Tiene límites (Sí/No)	Deducible (Sí/No)

NOTA: Mis gastos de bolsillo actuales pueden variar dependiendo de

- la etapa de medicamentos en que estoy
- el nivel de medicamentos
- la farmacia que uso (farmacia/pedido por correo)
- si tengo Ayuda adicional

Comuníquese con su representante de ventas autorizado. Si tengo preguntas sobre mi plan, llamaré a mi representante de ventas autorizado, \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ o a Servicio al Cliente al \_\_\_\_\_.

# Después de inscribirse

Pasos	Cómo lo obtiene	Descripción
<b>1</b> Acuse de recibo del formulario de inscripción completo	Por correo 	<p>En un plazo de 7 días calendario después de la aprobación de la inscripción de Medicare recibirá una carta en la que se dirá que recibimos su formulario de inscripción completo y que Medicare ha aprobado su inscripción.</p> <p>Inscripción completa.</p>
<b>2</b> Verificación de inscripción	Por correo 	<p>Si se inscribió con un agente o bróker, recibirá una carta para confirmar que entiende el tipo de plan en el que se inscribe.</p>
<b>3</b> Tarjeta de identificación de miembro	Por correo 	<p>Si se inscribe durante el Período de inscripción anual de Medicare (AEP), recibirá su tarjeta de identificación en diciembre. Si se inscribe fuera de AEP, lo recibirá dentro de los 10 días después de su inscripción aprobada por Medicare.</p>
<b>4</b> Revisar beneficios	Por correo 	<p>Recibirá una Guía de referencia de inicio rápido con su tarjeta de identificación. Esta guía le dará información importante sobre cómo aprovechar al máximo los beneficios de su plan médico. También puede acceder a otro material de beneficios en nuestro sitio web.</p>
<b>5</b> Asistencia con la prima	Por correo 	<p>Es posible que reciba una carta sobre cómo obtener ayuda adicional con sus primas de Medicare y otros costos de atención médica, si califica.</p>
<b>6</b> Registro en línea	En línea 	<p>Opcional: una vez que comience su cobertura, regístrese en línea en nuestro portal para miembros en <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a> para que pueda acceder a la información de los beneficios y pagar su prima.</p>
<b>7</b> Llamada de bienvenida	Teléfono 	<p>Recibirá una llamada de un representante de ATRIO para darle la bienvenida al plan y responder cualquier pregunta que pueda tener.</p>



## Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad

### La discriminación es ilegal

ATRIO Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATRIO Health Plans:

- Ayuda y presta servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios listados arriba, comuníquese gratis con el Servicio de atención al cliente de ATRIO al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que ATRIO Health Plans no prestó estos servicios o que lo discriminó de otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal en:

ATRIO Compliance Officer  
2965 Ryan Drive SE  
Salem, OR 97301  
1-877-672-8620

Presente una queja con la línea directa de cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952  
[compliance@atriohp.com](mailto:compliance@atriohp.com)

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comuníquese gratis con Servicio al cliente al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Español (Spanish)** - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese)** - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

**繁體中文 (Chinese)** - 注意：如果您講國語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY : 711) 。

**Русский (Russian)** - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

**한국어 (Korean)** - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

**Українська (Ukrainian)** - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

**日本語 (Japanese)** - 注意事項：日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620 (TTY:711) までご連絡ください。このサービスは無料です。

"إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-672-8620 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2900).

**فارسی – (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

**Română (Romanian)** - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

**ខ្មែរ (Cambodian)** - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អលក្ខណ៍ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

**Oroomiffa (Oromo)** - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

**Deutsch (German)** - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

**فارسی – (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

**Français (French)** - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

**ภาษาไทย (Thai)** - โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

## Insertar en varios idiomas

### Servicios de interpretación multilingüe

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-672-8620. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-672-8620. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-672-8620。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-672-8620。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-672-8620. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-672-8620. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-672-8620 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-672-8620. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-672-8620번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-672-8620. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-672-8620. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-672-8620 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-672-8620. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-672-8620. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-672-8620. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-672-8620. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-672-8620にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。











# Obtenga más información ahora.

[atriohp.com](http://atriohp.com)

**Para inscribirse llame al**

1-888-201-8818 (TTY 711)

**Servicio al Cliente de ATRIO**

1-877-672-8620 (TTY 711)

8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

*Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en un día hábil.*

