



# Medicare Advantage 2024

**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y  
ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)**

**Cobertura del área de servicio de los condados  
Klamath, Douglas Marion y Polk**

*Las identificaciones del plan incluyen: H3814-007, H3814-030, H5995-001*

**1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024**



*Le presentamos a* **ATRIO.**

**Por 20 años** hemos sido el plan Medicare Advantage local y confiable de Oregón.





# Tenemos la ventaja de que somos locales

¡ATRIO Health Plans está celebrando 20 años! 20 años proporcionando valor superior, alta calidad y cobertura Medicare Advantage verdaderamente local a miles de nuestros vecinos de Oregon y el norte de Nevada. Creemos que eso es lo que nos hace ser un tipo diferente de plan médico, una diferencia que realmente nos enorgullece.

Aunque mucho ha cambiado en 20 años, nuestro compromiso de mejorar las vidas de los miembros a los que servimos, y la salud y el bienestar de las comunidades que compartimos sigue más firme que nunca. Aún tenemos oficinas en todo el estado para ayudar a nuestros miembros en persona. Nuestros planes siguen teniendo el respaldo de nuestra sólida y diversa red de médicos, hospitales y otros colaboradores que administran la atención que nuestros miembros reciben todos los días. Y nos seguimos centrando en darle cobertura asequible y un servicio excelente para que pueda concentrarse en su vida, no en su cobertura médica y de medicamentos.

Este Kit de inscripción de ATRIO 2024 tiene todo lo que necesita para comparar sus opciones del plan ATRIO Medicare Advantage, ver el valor de nuestros beneficios adicionales y completar el proceso de inscripción. Inscribese y descubra por qué cada vez más de sus vecinos están eligiendo a ATRIO como su cobertura de Medicare Advantage cada año.

***¡Gracias por tomar en consideración a ATRIO Health Plans!***

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

# Índice

Resumen de Medicare Original y Medicare Advantage	5
Resumen de la cobertura de medicamentos con receta	6
Los 100 medicamentos más frecuentes	8
Breve descripción de los beneficios de ATRIO Health Plans 2024	12
Beneficios adicionales	18
Resumen de beneficios de ATRIO Health Plans 2024	23
Cómo inscribirse	32
Lista de verificación de inscripción	33
Alcance de la cita	34
Formulario de inscripción 2024	38
Resumen del plan	71
Después de inscribirse	72
Aviso de no discriminación/Información en varios idiomas	73



Encontrará tanta información  
que le encantará  
sobre **ATRIO**

# Medicare Original

Medicare Original lo ofrece el gobierno federal y tiene dos “partes”:

La **Parte A de Medicare** es un seguro de hospital y generalmente, cubre la atención de hospital de pacientes hospitalizados, centro de enfermería especializada, hospicio y atención médica en casa.

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

La **Parte D de la cobertura de medicamentos con receta** no se incluye en Medicare Original y la ofrecen compañías de seguros privadas. Tenga en cuenta que si no se inscribe en un plan de la Parte D cuando sea elegible para Medicare por primera vez, es posible que deba pagar una “multa por inscripción tardía” (LEP) por cada mes que haya retrasado su cobertura de la Parte D. Esta LEP se debe pagar mensualmente mientras esté en un plan de la Parte D.

## Medicare Advantage

Los planes Medicare Advantage (MA) (en ocasiones llamados la “Parte C”) se ofrecen mediante compañías privadas y combinan la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare con otros beneficios que Medicare no cubre: como servicios dentales, de la vista y de audición. Muchos también ofrecen la cobertura de la Parte D y tienen todos estos beneficios en un solo plan.

Como la mayoría de los planes MA, ATRIO Health Plans tiene redes de médicos participantes, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención. Nuestros miembros pueden ir con cualquier proveedor que elijan,\* pero generalmente pagan menos con los que están en nuestras redes. No es obligación que elija un médico de atención primaria (PCP), pero lo animamos a que lo haga. Un PCP de la red lo ayuda a coordinar su atención y aprovechar al máximo sus beneficios.

**Elegibilidad de MA:** Para inscribirse en un plan ATRIO MA, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Si se inscribió en uno de nuestros planes, debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare.

*\*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 vea su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.*

# Cobertura de medicamentos

Como la mayoría de los planes MA con cobertura de medicamentos, ATRIO Health Plans tiene una lista de medicamentos cubiertos por el plan (formulario). La lista de medicamentos cubiertos (formulario) ofrece una amplia selección de opciones de medicamentos de marca y genéricos rentables aprobados por Medicare. Cada medicamento está en uno de los seis “niveles” de medicamentos. El gasto compartido generalmente aumenta por nivel, hasta el nivel de gastos compartidos más alto, el nivel 5 (los medicamentos del nivel 6 tienen copagos de \$0).

**Nivel 1: Genéricos preferidos** – medicamentos genéricos de costo bajo

**Nivel 2: Genérico** – la mayoría de los medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca

**Nivel 3: Marca preferidos** – medicamentos de marca preferidos y algunos genéricos de costo alto

**Nivel 4: Marca no preferidos** – medicamentos de marca no preferidos y algunos genéricos de costo alto (los medicamentos de excepción que no están en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) están en este nivel)

**Nivel 5: Especialidad** – medicamentos especializados (limitado al suministro para un mes)

**Nivel 6: Medicamentos específicos** – algunos medicamentos importantes con copago de \$0, como algunas insulinas, vacunas de la Parte D y ciertos medicamentos genéricos ACE/ARB, medicamentos para la diabetes y estatinas para el tratamiento de condiciones crónicas

*La lista de medicamentos cubiertos (formulario) también cubre medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de su médico, sin costo alguno para usted.*

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

Si no encuentra su medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente o pida al farmacéutico una lista de otras opciones de medicamentos. También puede hablar con su médico sobre un medicamento diferente que esté en la lista de medicamentos cubiertos, o puede presentar una solicitud de “Determinación de cobertura” para una excepción de la lista de medicamentos cubiertos (formulario). Visite [atriohp.com](http://atriohp.com) para obtener más información o pida a su médico que la presente por usted.

## ¿Cuáles son los tipos de restricciones de los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario)?

**Autorización previa (PA)** – la aprobación que se necesita antes de obtener el medicamento.

**Límites de la cantidad (QL)** – el límite de la cantidad del medicamento que puede recibir cada vez.

**Terapia gradual (ST)** – la necesidad de probar primero otros medicamentos para la misma condición.

**Revisión de la Parte B vs. la D** – revisión para saber si el medicamento está cubierto por la Parte B o la Parte D.



*Tantas  
maneras  
de ahorrar*

**\$0**

---

**\$0 de deducible del medicamento y  
\$0 para los medicamentos  
de los Niveles 1, 2, y 6 \***

---

*\*El deducible y los costos de los medicamentos pueden variar según el plan - vea el Resumen de beneficios que se incluye para obtener más información sobre los costos de los medicamentos de su plan. Tenga en cuenta que los planes Freedom PPO no incluyen cobertura de medicamentos de la Parte D.*

# Los 100 medicamentos recetados con más frecuencia

Nombre del medicamento	Concentración/dosis	Forma de la dosis	Nivel del medicamento
Acyclovir	400 mg	Tableta	2
Albuterol Sulfate Hfa	90 mcg	Hfa Aer Ad	2
Alendronate Sodium	70 mg	Tableta	1
Allopurinol	100 mg	Tableta	1
Alprazolam	0.5 mg	Tableta	1
Amiodarone Hcl	200 mg	Tableta	1
Amlodipine Besylate	5 mg	Tableta	1
Amoxicillin	500 mg	Cápsula	1
Amoxicillin-clavulanate Potassium	875-125 mg	Tableta	1
Anoro Ellipta	62.5-25 mcg	Blíster c/disp.	3
Atenolol	25 mg	Tableta	1
Atorvastatin Calcium	40 mg	Tableta	6
Azithromycin	250 mg	Tableta	1
Baclofen	10 mg	Tableta	2
Bumetanide	2 mg	Tableta	2
Bupropion XI	150 mg	Tab Er 24h	2
Carvedilol	3.125 mg	Tableta	1
Celecoxib	200 mg	Cápsula	2
Cephalexin	500 mg	Cápsula	1
Chlorthalidone	25 mg	Tableta	2
Ciprofloxacin Hcl	500 mg	Tableta	1
Citalopram Hbr	20 mg	Tableta	1
Clonazepam	0.5 mg	Tableta	1
Clonidine Hcl	0.1 mg	Tableta	1
Clopidogrel	75 mg	Tableta	1
Cyclobenzaprine Hcl	10 mg	Tableta	1
Doxycycline	100 mg	Tab o cápsula	2
Duloxetine Hcl	60 mg	Cápsula Dr	2
Eliquis	5 mg	Tableta	3
Escitalopram Oxalate	10 mg	Tableta	1
Ezetimibe	10 mg	Tableta	1
Famotidine	20 mg	Tableta	1
Finasteride	5 mg	Tableta	1
Fluconazole	150 mg	Tableta	2

Nombre del medicamento	Concentración/dosis	Forma de la dosis	Nivel del medicamento
Fluoxetine Hcl	20 mg	Cápsula	1
Fluticasone Propionate	50 mcg	Susp spray	1
Fluticasone-salmeterol (Advair Disk genérico) o Wixela Inhaler	250-50 mcg	Blíster c/disp.	2
Furosemide	20 mg	Tableta	1
Gabapentin	300 mg	Cápsula	1
Glimepiride	4 mg	Tableta	6
Glipizide	5 mg	Tableta	6
Hydrochlorothiazide	25 mg	Tableta	1
Hydrocodone-acetaminophen	5 mg-325 mg	Tableta	2
Hydroxychloroquine Sulfate	200 mg	Tableta	2
Hydroxyzine Hcl	25 mg	Tableta	1
Ibuprofen	800 mg	Tableta	1
Isosorbide Mononitrate Er	30 mg	Tab Er 24h	1
Jardiance	10 mg	Tableta	3
Levothyroxine Sodium	50 mcg	Tableta	1
Lisinopril	20 mg	Tableta	6
Lisinopril-hydrochlorothiazide	20-12.5 mg	Tableta	6
Lorazepam	1 mg	Tableta	1
Losartan Potassium	50 mg	Tableta	6
Meloxicam	15 mg	Tableta	1
Metformin Hcl	500 mg	Tableta	6
Metformin Hcl Er	500 mg	Tab Er 24h	6
Methotrexate	2.5 mg	Tableta	2
Methylprednisolone	4 mg	Tab Ds Pk	2
Metoprolol Succinate	25 mg	Tab Er 24h	1
Metoprolol Tartrate	25 mg	Tableta	1
Montelukast Sodium	10 mg	Tableta	1
Morphine Sulfate Er	15 mg	Tableta Er	2
Nitrofurantoin Mono-macro	100 mg	Cápsula	2
Nitroglycerin	0.4 mg	Tab Subl	2
Insulin Aspart	100/ml (3)	Pluma de insulina	6
Olmесartan Medoxomil	20 mg	Tableta	6



# Los 100 medicamentos recetados con más frecuencia

Nombre del medicamento	Concentración/dosis	Forma de la dosis	Nivel del medicamento
Omeprazole	20 mg	Cápsula Dr	1
Ondansetron o ODT	4 mg	Tab o Tab Rapids	2
Oxybutynin Chloride	5 mg	Tableta	2
Oxycodone Hcl	10 mg	Tableta	2
Oxycodone-acetaminophen	5 mg-325 mg	Tableta	2
Pantoprazole Sodium	40 mg	Tableta Dr	1
Pioglitazone Hcl	15 mg	Tableta	6
Potassium Chloride	10 meq	Tableta Er	2
Pravastatin Sodium	40 mg	Tableta	6
Prednisone	20 mg	Tableta	1
Pregabalin	150 mg	Cápsula	2
Progesterone	100 mg	Cápsula	2
Quetiapine Fumarate	25 mg	Tableta	2
Rosuvastatin Calcium	10 mg	Tableta	6
Semglee (Yfgn) Pen	100/ml (3)	Pluma de insulina	6
Sertraline Hcl	100 mg	Tableta	1
Shingrix	50 mcg/0.5	Kit	6
Simvastatin	20 mg	Tableta	6
Sod Sulf-potassium Sulf-mag Sulf	17.5-3.13 g	Sol. recon.	3
Spiriva Respimat	2.5 mcg	Inhalador de niebla	3
Spironolactone	25 mg	Tableta	1
Sulfamethoxazole-trimethoprim	800-160 mg	Tableta	1
Tamsulosin Hcl	0.4 mg	Cápsula	1
Tizanidine Hcl	4 mg	Tableta	2
Torsemide	20 mg	Tableta	2
Tramadol Hcl	50 mg	Tableta	1
Trazodone Hcl	50 mg	Tableta	1
Trelegy Ellipta	100-62.5	Blíster c/disp.	3
Triamterene-hydrochlorothiazid	37.5-25 mg	Tableta	1
Trulicity	1.5 mg/0.5	Inyector de pluma	3
Venlafaxine Hcl Lp	150 mg	Cap Er 24h	1
Warfarin Sodium	5 mg	Tableta	1
Xarelto	20 mg	Tableta	3
Zolpidem Tartrate	10 mg	Tableta	1

# Descripción breve de beneficios 2024

Medicare Advantage de ATRIO Health Plans

Special Needs Plan (HMO D-SNP) – Klamath, OR



**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)** es un plan HMO Medicare Advantage diseñado para las personas que tienen las Partes A y B de Medicare y los beneficios completos de Oregon Health Plan (OHP) (Medicaid). **Se aplicarán gastos compartidos del plan o de los medicamentos (no todos se muestran abajo) si un miembro pierde su elegibilidad para Medicaid.**

## Beneficios médicos

Costos del plan	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) H3814-007
Prima mensual del plan ( <i>la prima la paga el programa de Ayuda Adicional de Medicare</i> )	\$0
Deducible del plan	Usted no paga nada
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,700
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	
Proveedor de atención primaria (PCP)	Usted no paga nada
Especialista	Usted no paga nada
Telesalud	Usted no paga nada
<b>Atención de paciente hospitalizado</b>	
Atención de hospital de paciente hospitalizado	Usted no paga nada
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted no paga nada
<b>Servicios ambulatorios</b>	
Hospital de paciente ambulatorio	Usted no paga nada
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted no paga nada
Atención médica en casa	Usted no paga nada
Suministros para la diabetes	Usted no paga nada
Equipo médico duradero	Usted no paga nada
<b>Servicios de laboratorio y otras pruebas</b>	
Exámenes de laboratorio	Usted no paga nada
Diagnóstico por imágenes (MRI/CT/PET)	Usted no paga nada
Radiografías	Usted no paga nada
<b>Servicios de emergencia</b>	
Ambulancia	Usted no paga nada
Sala de emergencias	Usted no paga nada
Atención de urgencia	Usted no paga nada

# Descripción breve de beneficios 2024

Medicare Advantage de ATRIO Health Plans

Special Needs Plan (HMO D-SNP) – Klamath, OR



## Beneficios complementarios

Beneficios adicionales	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) H3814-007
Servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina	Hasta 30 visitas dentro de la red combinadas por año por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina (se pueden aplicar copagos)
Beneficio de fitness	\$240 de asignación anual para cargos de membresía de gimnasio y clases en Flex Card
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	\$0 por un sistema de alerta médica portátil mediante LifeStation, incluyendo la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos
Servicios dentales preventivos e integrales	\$1,250 de asignación en Flex Card
Examen de la vista de rutina	\$0 por 1 cada año (solo dentro de la red)
Anteojos y lentes de rutina	\$250 de asignación para lentes de contacto cada dos años
Podología de rutina	Hasta \$500 de asignación cada año para visitas de rutina ilimitadas
Educación nutricional/dietética	\$0 de copago hasta por 1 sesión individual y 9 sesiones en grupo por año
Comida	Hasta 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia en el hospital
Transporte	Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud
Artículos de venta libre (OTC)	\$150 de asignación trimestral en Flex Card

Vea la sección “Beneficios adicionales” en el Kit de inscripción para obtener un resumen con más información.

## Beneficios de medicamentos con receta

Cuando se inscriba, el plan le enviará por correo un “Anexo LIS” que muestra su nivel de subsidio LIS. Dependiendo de su nivel de LIS, usted paga los costos de los medicamentos de abajo hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$8,000 (incluyendo los medicamentos que se compran por medio de su farmacia o por correo, o si usted está en un centro de atención de largo plazo).

Nivel de subsidio	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) H3814-007
Deducible del medicamento	Usted no paga nada
Nivel 1 de LIS	Medicamentos genéricos \$4.50; \$11.20 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Nivel 2 de LIS	Medicamentos genéricos \$1.55; \$4.60 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Nivel 3 de LIS	Usted no paga nada
Cobertura catastrófica	Usted no paga nada

ATRIO Health Plans son planes PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. ATRIO Health Plans fue aprobado por National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) hasta el 12/31/2024 según una revisión del Modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans.

# Descripción breve de beneficios 2024

Medicare Advantage de ATRIO Health Plans  
Special Needs Plan (HMO D-SNP) – Douglas, OR



**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)** es un plan HMO Medicare Advantage diseñado para las personas que tienen las Partes A y B de Medicare y los beneficios completos de Oregon Health Plan (OHP) (Medicaid). **Se aplicarán gastos compartidos del plan o de los medicamentos (no todos se muestran abajo) si un miembro pierde su elegibilidad para Medicaid.**

## Beneficios médicos

Costos del plan	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) H3814-030
Prima mensual del plan ( <i>la prima la paga el programa de Ayuda Adicional de Medicare</i> )	\$0
Deducible del plan	Usted no paga nada
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,500
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	
Proveedor de atención primaria (PCP)	Usted no paga nada
Especialista	Usted no paga nada
Telesalud	Usted no paga nada
<b>Atención de paciente hospitalizado</b>	
Atención de hospital de paciente hospitalizado	Usted no paga nada
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted no paga nada
<b>Servicios ambulatorios</b>	
Hospital de paciente ambulatorio	Usted no paga nada
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted no paga nada
Atención médica en casa	Usted no paga nada
Suministros para la diabetes	Usted no paga nada
Equipo médico duradero	Usted no paga nada
<b>Servicios de laboratorio y otras pruebas</b>	
Exámenes de laboratorio	Usted no paga nada
Diagnóstico por imágenes (MRI/CT/PET)	Usted no paga nada
Radiografías	Usted no paga nada
<b>Servicios de emergencia</b>	
Ambulancia	Usted no paga nada
Sala de emergencias	Usted no paga nada
Atención de urgencia	Usted no paga nada

# Descripción breve de beneficios 2024

Medicare Advantage de ATRIO Health Plans  
Special Needs Plan (HMO D-SNP) – Douglas, OR



## Beneficios complementarios

Beneficios adicionales	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) H3814-030
Servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina	Hasta 30 visitas dentro de la red combinadas por año por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina (se pueden aplicar copagos)
Beneficio de fitness	\$450 de asignación anual para cargos de membresía de gimnasio y clases en Flex Card
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	\$0 por un sistema de alerta médica portátil mediante LifeStation, incluyendo la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos
Servicios dentales preventivos e integrales	\$375 de asignación anual en Flex Card
Examen de la vista de rutina	\$0 por 1 cada año (solo dentro de la red)
Anteojos y lentes de rutina	\$250 de asignación para lentes de contacto cada dos años
Podología de rutina	Hasta \$500 de asignación cada año para visitas de rutina ilimitadas
Educación nutricional/dietética	\$0 de copago hasta por 1 sesión individual y 9 sesiones en grupo por año
Comidas	Hasta 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia en el hospital
Transporte	Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año aprobados por el plan relacionados con la salud
Artículos de venta libre (OTC)	\$170 de asignación trimestral en Flex Card

Vea la sección “Beneficios adicionales” en el Kit de inscripción para obtener un resumen con más información.

## Beneficios de medicamentos con receta

Cuando se inscriba, el plan le enviará por correo un “Anexo LIS” que muestra su nivel de subsidio LIS. Dependiendo de su nivel de LIS, usted paga los costos de los medicamentos de abajo hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$8,000 (incluyendo los medicamentos que se compran por medio de su farmacia o por correo, o si usted está en un centro de atención de largo plazo).

Nivel de subsidio	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) H3814-030
Deducible del medicamento	Usted no paga nada
Nivel 1 de LIS	Medicamentos genéricos \$4.50; \$11.20 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Nivel 2 de LIS	Medicamentos genéricos \$1.55; \$4.60 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Nivel 3 de LIS	Usted no paga nada
Cobertura catastrófica	Usted no paga nada

ATRIO Health Plans son planes PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. ATRIO Health Plans fue aprobado por National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) hasta el 12/31/2024 según una revisión del Modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans.

# Descripción breve de beneficios 2024

Medicare Advantage de ATRIO Health Plans

Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)

Marion, Polk, OR



**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)** es un plan HMO Medicare Advantage diseñado para las personas que tienen las Partes A y B de Medicare y los beneficios completos de Oregon Health Plan (OHP) (Medicaid). **Se aplicarán gastos compartidos del plan o de los medicamentos (no todos se muestran abajo) si un miembro pierde su elegibilidad para Medicaid.**

## Beneficios médicos

Costos del plan	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Prima mensual del plan (la prima la paga el programa de Ayuda Adicional de Medicare)	\$0
Deducible del plan	Usted no paga nada
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,700
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	
Proveedor de atención primaria (PCP)	Usted no paga nada
Especialista	Usted no paga nada
Telesalud	Usted no paga nada
<b>Atención de paciente hospitalizado</b>	
Atención de hospital de paciente hospitalizado	Usted no paga nada
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted no paga nada
<b>Servicios ambulatorios</b>	
Hospital de paciente ambulatorio	Usted no paga nada
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted no paga nada
Atención médica en casa	Usted no paga nada
Suministros para la diabetes	Usted no paga nada
Equipo médico duradero	Usted no paga nada
<b>Servicios de laboratorio y otras pruebas</b>	
Exámenes de laboratorio	Usted no paga nada
Diagnóstico por imágenes (MRI/CT/PET)	Usted no paga nada
Radiografías	Usted no paga nada
<b>Servicios de emergencia</b>	
Ambulancia	Usted no paga nada
Sala de emergencias	Usted no paga nada
Atención de urgencia	Usted no paga nada

# Descripción breve de beneficios 2024

Medicare Advantage de ATRIO Health Plans  
Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)

Marion, Polk, OR



## Beneficios complementarios

Beneficios adicionales	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina	Hasta 30 visitas dentro de la red combinadas por año por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina (se pueden aplicar copagos)
Beneficio de fitness	\$450 de asignación anual para cargos de membresía de gimnasio y clases en Flex Card
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	\$0 por un sistema de alerta médica portátil mediante LifeStation, incluyendo la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos
Servicios dentales preventivos e integrales	\$1,250 de asignación en Flex Card
Examen de la vista de rutina	\$0 por 1 cada año (solo dentro de la red)
Anteojos y lentes de rutina	\$250 de asignación para lentes de contacto cada dos años
Educación nutricional/dietética	\$0 de copago hasta por 1 sesión individual y 9 sesiones en grupo por año
Comidas	Hasta 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia en el hospital
Transporte	Hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud
Artículos de venta libre (OTC)	\$170 de asignación trimestral en Flex Card

Vea la sección “Beneficios adicionales” en el Kit de inscripción para obtener un resumen con más información.

## Beneficios de medicamentos con receta

Cuando se inscriba, el plan le enviará por correo un “Anexo LIS” que muestra su nivel de subsidio LIS. Dependiendo de su nivel de LIS, usted paga los costos de los medicamentos de abajo hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$8,000 (incluyendo los medicamentos que se compran por medio de su farmacia o por correo, o si usted está en un centro de atención de largo plazo).

Nivel de subsidio	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Deducible del medicamento	Usted no paga nada
Nivel 1 de LIS	Medicamentos genéricos \$4.50; \$11.20 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Nivel 2 de LIS	Medicamentos genéricos \$1.55; \$4.60 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos
Nivel 3 de LIS	Usted no paga nada
Cobertura catastrófica	Usted no paga nada

ATRIO Health Plans son planes PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. ATRIO Health Plans fue aprobado por National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) hasta el 12/31/2024 según una revisión del Modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans.

# Beneficios adicionales

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

Cada plan de ATRIO Medicare Advantage incluye la **Flex Card**: una tarjeta de débito especial precargada con dinero para **artículos dentales, de fitness y de venta sin receta seleccionados**



## ATRIO Flex Card

**¡Es tan flexible!** Solo deslice su Flex Card para pagar artículos o servicios elegibles y la cantidad se deducirá del saldo de su tarjeta.

Vea en el 'Resumen de beneficios' que se incluye las asignaciones del plan y más información de todos los beneficios adicionales.



### Dental

**¡Sonría!** Usted recibe una asignación anual para gastar en atención dental. **Puede elegir a su dentista y cómo quiere gastar sus fondos dentales**, hasta su asignación en Flex Card del plan ATRIO, en servicios dentales incluyendo atención preventiva de rutina (como visitas en el consultorio, exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías) y atención integral (como servicios de diagnóstico o de restauración, extracción de dientes u operaciones bucales).



### Fitness

**¡Sin dificultades!** Usted recibe una asignación anual para gastar en cargos de membresía del gimnasio y clases de fitness. **Usted puede elegir su gimnasio y cómo quiere gastar los fondos para fitness de su Flex Card.**



### Venta libre (OTC)

**¿Se está quedando sin suministros?** Usted recibe una asignación anual para gastar en ciertos artículos de OTC relacionados con la salud cada trimestre. **Use su Flex Card para obtener lo que necesite por catálogo, en línea o en la aplicación, por teléfono o en farmacias participantes.**

(Las asignaciones de OTC no se "transfieren al siguiente período", asegúrese de gastarlas antes del final de cada trimestre).



## Vista

**¡No se pierda de nada! Examen de la vista de rutina sin costo** cada año, **más una asignación para lentes** (montura y cristales) **o para lentes de contacto cada año** (según su plan).

*Debe usar los proveedores de VSP Vision Care® para los exámenes complementarios y los beneficios de anteojos y lentes.*



## Terapias alternativas

**¡Qué alivio! Hasta 30 visitas combinadas por servicios complementarios quiroprácticos y de acupuntura por año** (según su plan; se pueden aplicar copagos).

*Debe usar los proveedores de American Specialty Health® para los servicios quiroprácticos y de acupuntura dentro de la red cubiertos por Medicare dentro de la red y servicios complementarios quiroprácticos y de acupuntura.*



## Servicios de transporte (que no sea de emergencia)

**¿Necesita un traslado? Hasta 12 o 24 viajes de ida o vuelta por año sin costo** (según su plan) para ir al médico, a la farmacia, al gimnasio o a otros lugares aprobados por el plan relacionados con la salud.

*Debe usar los proveedores de SafeRide® para los traslados dentro de la red que no sean de emergencia.*



## Comida

**¡Lo invitamos a comer! Hasta 28 comidas sin costo (2 por día por 14 días) después de cada estancia en el hospital, en un SNF** o con algunos servicios médicos en casa. Las comidas se entregan en su casa y se pueden adaptar a sus necesidades médicas o dietéticas específicas.

*Debe usar Mom's Meals® para el beneficio de entrega de comidas dentro de la red.*

# Beneficios adicionales



## Dispositivos portátiles

**Tranquilidad. Sistema de alerta médica portátil sin costo, incluyendo opciones de dije y de pulsera** con monitor de frecuencia cardíaca y contador de pasos.

*Debe usar proveedores de LifeStation® para el beneficio del sistema de alerta médico dentro de la red.*



## Visitas virtuales (telesalud)

**Ahórrese el viaje. Visitas en línea y telefónicas sin costo con un médico desde la comodidad de su casa.** (Tenga en cuenta que no toda la atención puede ser virtual o telefónica; es posible que lo remitan a un proveedor en persona).

*Debe usar los proveedores de Teladoc® para los beneficios de visita virtual y telesalud dentro de la red.*



## Información de contacto y acceso

Visite [atriohp.com](https://atriohp.com) para obtener más información sobre beneficios adicionales, o comuníquese directamente con el proveedor de servicios adecuado usando la información de contacto de abajo.

### Flex Card – Incomm

Para ver saldos, reportar una tarjeta perdida, pedir una nueva tarjeta o si tiene otras preguntas llame al 1-833-287-3622 (TTY 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. PST.

### Vista – 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 – Convey

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](https://atriohp.com).

### Visitas virtuales y telemedicina – Teladoc

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

### Transporte – 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.

### Servicios quiroprácticos y de acupuntura – 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. (PST), 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (PST), de lunes a viernes.

### Alertas portátiles – LifeStation

Si necesita ayuda o tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de LifeStation llamando al 1-888-809-3112, de lunes a viernes de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. PST.



# Medicare Advantage 2024

## RESUMEN DE BENEFICIOS

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y  
ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)

Cobertura del área de servicio de  
los condados Klamath, Douglas  
Marion y Polk

*Las identificaciones del plan incluyen: H3814-007,  
H3814-030, H5995-001*

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Índice

<b>Acerca del Resumen de beneficios</b>	<b>1</b>
¿Quién se puede inscribir?	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?	1
<b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b>	<b>1</b>
<b>Lista de verificación antes de la inscripción</b>	<b>2</b>
Elegibilidad para el plan, gastos compartidos y prima	3
Deducible del plan	3
Máximos de gastos de bolsillo	3
<b>Beneficios médicos y de hospital cubiertos</b>	<b>3</b>
Atención en el hospital a pacientes hospitalizados (atención de casos agudos)	3
Hospital de paciente ambulatorio	3
Centro quirúrgico ambulatorio	3
Visitas en el consultorio del médico	3
Atención preventiva	3
Atención de emergencia y de urgencia	3
Pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, radiografías y servicios de radiología	3
Servicios de audición	3
Servicios dentales	4
Servicios de la vista	4
Servicios de salud mental	4
Centro de enfermería especializada (SNF)	4
Terapia ocupacional, física y del habla	4
Ambulancia	4
Transporte	4
Medicamentos de la Parte B de Medicare	4
Cuidado de los pies	4
Equipo médico duradero (DME)/suministros para diabéticos	4
Servicios quiroprácticos	4
Terapias alternativas	5
Visitas virtuales/telesalud	5
Comida	5
Fitness	5
Artículos de venta libre	5
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	5
<b>Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare</b>	<b>5</b>
Etapa de deducible	5
Etapa de cobertura inicial	5
Etapa de cobertura catastrófica	5
<b>Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)</b>	<b>6</b>
Servicios sin cobertura de Oregon Health Plan ( <i>exclusiones</i> )	7

\*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 vea su Evidencia de cobertura para obtener más información.

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Acerca del Resumen de beneficios

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos que cubren **ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)** y **ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)**. En la información de beneficios entregada no se muestran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, vea la Evidencia de cobertura en [atriohp.com](http://atriohp.com).

**NOTA IMPORTANTE:** Si es elegible para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por todos los servicios cubiertos por Medicare. Si pierde su elegibilidad para Medicaid, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.

## ¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en un Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage de ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser elegible para los beneficios completos de Medicaid y vivir en nuestra área de servicio.

- **ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) incluye todo el Condado de Douglas, Oregón y los siguientes códigos postales en el Condado de Klamath, Oregón: 97601, 97602, 97603, 97604, 97621, 97622, 97623, 97624, 97625, 97626, 97627, 97632, 97633, 97634, 97639**
- **ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) incluye todo el condado de Marion y el condado de Polk en Oregón**

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

ATRIO Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. **Debe obtener los servicios cubiertos en la red.** Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios. En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede ver la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (*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](http://atriohp.com).

## Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea el manual "Medicare y usted" vigente. Véalo en línea en [medicare.gov](http://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.

ATRIO Health Plans son planes PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. ATRIO Health Plans fue aprobado por National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) hasta el 12/31/2024 según una revisión del Modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda bien todos nuestros beneficios y nuestras reglas. 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

- 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 [atriohp.com](http://atriohp.com) o llame al **1-877-672-8620** (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo están atendiendo ahora estén en la red. Si no están en el directorio, eso significa que posiblemente tenga que elegir un nuevo médico.
- Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use 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.
- Revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Cómo entender las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esa prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos los servicios que presten proveedores fuera de la red (los médicos que no están en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP). Para que pueda inscribirse será necesario verificar que usted tiene derecho a Medicare y asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
<b>Elegibilidad para el plan y gastos compartidos</b>	Los planes HMO D-SNP de ATRIO Health Plans son HMO Medicare Advantage diseñados para las personas que tienen las Partes A y B de Medicare y los beneficios completos de Oregon Health Plan (OHP) (Medicaid). Si es elegible para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0. Si pierde su estado de elegibilidad para Medicaid, tendrá que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.		
<b>Prima del plan</b>	\$0 al mes	\$0 al mes	\$0 al mes
	<i>También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare</i>		
<b>Deducible del plan</b>	No hay deducible del plan		
<b>Máximos de gastos de bolsillo</b>  Lo que paga por los servicios dentro de la red también se aplica a cualquier límite de gastos de bolsillo	<ul style="list-style-type: none"> <li>No paga nada por los servicios cubiertos por Medicare en nuestra red. Excepto por atención de emergencia o que sea necesaria urgentemente, la cobertura fuera de la red no se incluye. Es posible que usted tenga que pagar el costo total por los servicios que reciba fuera de nuestras redes médica y de farmacia.</li> <li>Si llega al límite de los gastos de bolsillo, sus servicios de hospital y médicos seguirán estando cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.</li> </ul>		
<b>Beneficios médicos y de hospital cubiertos</b> <i>(Los servicios marcados con un * pueden necesitar una autorización previa)</i>			
<b>Atención de hospital de paciente hospitalizado (casos agudos) *</b>	Usted no paga nada		
<b>Servicios ambulatorios de hospital *</b>	Usted no paga nada		
<b>Servicios en centro quirúrgico ambulatorio *</b>	Usted no paga nada		
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	Usted no paga nada por las visitas con un proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas		
<b>Atención preventiva</b>	Usted no paga nada		
<b>Atención de emergencia</b>	Usted no paga nada		
<b>Atención de urgencia</b>	Usted no paga nada		
<b>Pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, radiografías y servicios de diagnóstico/terapéuticos de radiología *</b>	Usted no paga nada		
<b>Servicios de audición</b>	Usted no paga nada por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio		

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
<b>Servicios dentales</b>	<p>Usted no paga nada por los servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, tratamiento, empastes, extracción ni reemplazo de dientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas ilimitadas hasta \$1,250 de asignación en Flex Card por año, por servicios preventivos e integrales de cualquier proveedor dental</li> <li>• Visitas ilimitadas hasta \$375 de asignación en Flex Card por año, por servicios preventivos e integrales de cualquier proveedor dental</li> <li>• Visitas ilimitadas hasta \$1,250 de asignación en Flex Card por año, por servicios preventivos e integrales de cualquier proveedor dental</li> </ul>		
<b>Servicios de la vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada por un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluyendo una evaluación anual de glaucoma)</li> <li>• Usted no paga nada por un (1) examen de la vista de rutina cada año</li> <li>• Tiene una asignación de \$250 para lentes de contacto y anteojos cada dos años calendario</li> </ul>		
<b>Servicios de salud mental*</b>	Usted no paga nada por los servicios de salud mental de pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios		
<b>Centro de enfermería especializada (SNF) *</b>	Usted no paga nada		
<b>Terapia ocupacional, física y del habla *</b>	Usted no paga nada por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla		
<b>Ambulancia</b>	Usted no paga nada		
<b>Transporte *</b>	<p>Usted no paga nada hasta por 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud</p> <p><i>Debe usar SafeRide para los viajes cubiertos</i></p>		
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare *</b>	Usted no paga nada		
<b>Cuidado de los pies</b>	<p>Usted no paga nada por exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o si cumple ciertas condiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas ilimitadas hasta \$500 de asignación por año</li> <li>• Visitas ilimitadas hasta \$500 de asignación por año</li> <li>No está cubierto</li> </ul>		
<b>Equipo médico/suministros y suministros para diabéticos *</b>	Usted no paga nada		
<b>Servicios quiroprácticos</b>	<p>Usted no paga nada por manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición)</p> <p><i>Debe usar ASH para los beneficios dentro de la red</i></p>		

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
<b>Terapias alternativas</b>	Usted no paga nada hasta por 30 visitas combinadas por año por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía <i>Debe usar ASH para los beneficios dentro de la red</i>		
<b>Visitas virtuales/telesalud</b>	Usted no paga nada <i>Debe usar Teladoc para las visitas cubiertas</i>		
<b>Comida</b>	Usted no paga nada por 2 comidas diarias por 14 días (28 comidas en total por estancia) después de una estancia en el hospital y algunos servicios médicos en casa		
<b>Fitness</b> Cubre los cargos/clases de membresía en un gimnasio	\$240 de asignación anual en Flex Card	\$450 de asignación anual en Flex Card	\$450 de asignación anual en Flex Card
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	\$150 de asignación trimestral en Flex Card	\$170 de asignación trimestral en Flex Card	\$170 de asignación trimestral en Flex Card
<b>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</b>	Usted no paga nada por un sistema de alerta médica portátil, incluyendo la opción de un reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos <i>Debe usar LifeStation para el beneficio de PERS</i>		

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

Cuando se inscriba, el plan le enviará por correo un “Anexo LIS” que muestra su nivel de subsidio LIS. Dependiendo de su nivel de LIS, usted paga los costos de los medicamentos de abajo hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$8,000 (incluyendo los medicamentos que se compran por medio de su farmacia o por correo, o si usted está en un centro de atención de largo plazo).

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
<b>Deducible del medicamento</b>	No hay deducible anual		
<b>Nivel 1 de LIS</b>	Medicamentos genéricos \$4.50; \$11.20 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos		
<b>Nivel 2 de LIS</b>	Medicamentos genéricos \$1.55; \$4.60 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos		
<b>Nivel 3 de LIS</b>	Usted no paga nada		
<b>Cobertura catastrófica</b>	Usted no paga nada		

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

## Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)

Los beneficios descritos en las secciones Prima y Beneficios del Resumen de beneficios los cubre ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP). Como los miembros de ATRIO Special Needs Plan tienen todos los beneficios de Medicaid, no hay gastos de bolsillo por ningún servicio médico cubierto por Medicare. Es posible que todavía se apliquen las cantidades de costos compartidos por medicamentos con receta.

Puede encontrar más información sobre los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) en línea en [www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Contact-Us.aspx](http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Contact-Us.aspx) o llamando a Servicio al Cliente de su Organización de Atención Coordinada.

Servicio	Beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)
Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como orientación, tratamiento asistido con medicamentos, acupuntura, tratamiento residencial y servicios prestados por colegas</li></ul>
Dental	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios básicos, incluyendo limpieza, barniz de flúor, empastes y extracciones</li><li>• Tratamiento urgente o inmediato</li><li>• Dentaduras postizas</li><li>• Coronas de acero inoxidable para molares (dientes de atrás)</li></ul>
Audición	Aparatos auditivos y exámenes de aparatos auditivos
Atención en casa	Servicio de enfermería privada
Cuidados de hospicio	Atención de final de la vida
Atención en el hospital	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de emergencia</li><li>• Atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios</li></ul>
Inmunizaciones y vacunas	Como la vacuna contra la gripe o la vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola (MMR)
Atención prenatal, durante el parto y posparto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de comadrona</li><li>• Chequeos prenatales</li><li>• Trabajo de parto y parto en un hospital, centro de maternidad o en casa</li><li>• Visitas en casa de enfermero de recién nacidos</li><li>• Orientación posparto</li></ul>
Exámenes de laboratorio y radiografías	Exámenes de laboratorio y radiografías, como pruebas de sangre y mamografías
Atención médica de un médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico	Como un chequeo de rutina o una cita general
Equipo médico y suministros	Como tiras reactivas para diabetes o muletas
Transporte médico	Como una ambulancia o transporte que no sea de emergencia a una cita
Atención de salud mental	Como terapia o tratamiento médico

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

## Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)

Servicio	Beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)
Terapia física, ocupacional y del habla	Terapia para mejorar las competencias o funciones para la vida cotidiana
Medicamentos con receta	OHP con medicamentos limitados solo incluye medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare
Vista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios médicos</li><li>• Servicios para corregir la vista para mujeres embarazadas y menores de 21 años</li><li>• Los anteojos están cubiertos para las mujeres adultas embarazadas y para los adultos con una condición médica que los haga calificar, como afaquia o queratocono o después de una operación de cataratas</li></ul>

## Servicios sin cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid) (exclusiones)

No todos los tratamientos médicos están cubiertos. Cuando necesite tratamiento médico, comuníquese con su proveedor de atención primaria. Estas son algunas de las exclusiones (no se incluyen todas las exclusiones):

- Medicamentos con receta cubiertos de la Parte D de Medicare
- Condiciones en las que un tratamiento “en casa” sea efectivo, como aplicar un ungüento, descansar una articulación adolorida, tomar suficientes líquidos o una dieta blanda. Tales condiciones incluyen:
  - Aftas
  - Dermatitis del pañal
  - Callos/asperezas
  - Quemaduras de sol
  - Intoxicación por comida
  - Esguinces
- Artículos de conveniencia o comodidad personal (radios, teléfonos, jacuzzis, caminadoras, etc.)
- Servicios que sean principalmente cosméticos, como:
  - Tumores benignos de la piel
  - Cirugía cosmética
  - Eliminación de cicatrices
- Condiciones en las que el tratamiento no suele ser efectivo, como:
  - Algunas operaciones de la espalda
  - Operación de TMJ
  - Algunos trasplantes
- Servicios prestados por un familiar inmediato o un miembro de su grupo familiar
- Todos los servicios que se reciban fuera de Estados Unidos
- Atención que no sea de emergencia si va con un proveedor que no es proveedor contratado de Medicaid.
- Otros servicios que no están cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:
  - Circuncisión (de rutina)
  - Programa de pérdida de peso
  - Servicios de infertilidad

**Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con Oregon Health Plan o con Servicio al Cliente de Planes de Atención Coordinada de Medicaid.**



*Es tan fácil.*



# Cómo inscribirse

Es fácil inscribirse en un plan de ATRIO Medicare Advantage. 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.

1-888-201-8818 (TTY 711)

3

## En persona

Visite la oficina de ATRIO Health Plans más cercana y uno de nuestros asesores puede ayudarlo con su inscripción.

Busque una oficina en: [atriohp.com](http://atriohp.com) o llame al 1-888-201-8818 (TTY 711)

4

## En su casa

Podemos enviar a su casa a un asesor local o darle una cita virtual para ayudarlo a completar su inscripción.

1-888-201-8818 (TTY 711)

5

## Correo o fax

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

### Correo:

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

### Fax:

1-602-975-4071

# Lista de verificación de inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda bien todos nuestros beneficios y nuestras reglas. 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

-  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 [atriohp.com](http://atriohp.com) o llame al 1-877-672-8620 (TTY 711) todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para ver una copia de EOC
-  Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo están atendiendo ahora estén en la red. Si no están en el directorio, eso significa que posiblemente tenga que elegir un nuevo médico.
-  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.
-  Revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Cómo entender las reglas importantes

-  Además de la prima mensual del plan (si corresponde), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esa prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
-  Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
-  Nuestro plan le permite ir con proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, 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.

# Confirmación del alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurarse de que entienden lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicaid (o su representante autorizado). Toda la información que se da en este formulario es confidencial y debe completarla cada persona que tenga Medicare o su representante autorizado.

Escriba sus iniciales abajo junto a los tipos de productos sobre los que quiere que le hable el agente	
<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage (indicar más abajo con las iniciales)
<input type="checkbox"/>	Planes de medicamentos con receta de Medicare independientes
<input type="checkbox"/>	Productos dentales/de la vista/de audición
<input type="checkbox"/>	Productos de enfermedades críticas y accidentes
<input type="checkbox"/>	Productos suplementarios de Medicare (Medigap)
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare:</b> Un Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y algunas veces cubre los medicamentos con receta de la Parte D. Los PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
<input type="checkbox"/>	<b>Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:</b> Un Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y algunas veces cubre los medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los HMO, solo puede obtener la atención de médicos u hospitales en la red del plan (excepto en emergencias).
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare (SNP):</b> Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñados para personas con necesidades de atención médica especial. Los ejemplos de grupos específicos a los que se atienden incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que viven en centros de atención residencial y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare:</b> Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan privado de pago por servicio (PFFS) de Medicare:</b> Un plan Medicare Advantage en el que usted puede ir con cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y que acepte tratarlo; no todos los proveedores lo harán. Si se une a un Plan PFFS que tiene una red, puede ir con cualquiera de los proveedores de la red que hayan aceptado tratar a los miembros del plan. Generalmente pagará más por ir con proveedores fuera de la red.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare:</b> Los planes MSA combinan un plan médico con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta cubrir el deducible.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de costos de Medicare:</b> En un Plan de costos de Medicare, usted puede ir con proveedores dentro y fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán según Medicare Original, pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.



**Firmando este formulario, usted acepta una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos en los que escribió sus iniciales.**

- La persona que le hablará sobre los productos es empleada o está contratada por un plan Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Es posible que a esta persona se le pague basándose en su inscripción en un plan.
- Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan Medicare.

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

**FIRMADO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo en letra de molde:*

*Nombre del representante:* \_\_\_\_\_

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

**PARA QUE LO COMPLETE EL AGENTE:**

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario <i>(opcional)</i> :
Dirección del beneficiario <i>(opcional)</i> :	
Método inicial de comunicación:	
Firma del agente:	
Planes que el agente representó durante esta reunión:	
Fecha en la que se completó la cita:	
<i>[Para uso exclusivo del plan]</i>	

*\*La documentación del Alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de expedientes de CMS\**

**Agente: Tenga en cuenta - Si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el SOA antes de la reunión:**

---

---

---



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE



### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage. Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

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

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 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.

### Personas sin hogar

Si quiere unirse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, una casilla de correo, la dirección de un albergue o una clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, verificaciones del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

**Nota: Debe completar todos los incisos de la Sección 1. Los incisos 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:** ATRIO Health Plans **Fax:** (602) 975-4071

338 Jericho Turnpike #135

Syosset, NY 11791

Una vez hayan procesado su solicitud para inscribirse, ellos se comunicarán con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

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

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. En español: Llame a ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (TTY 711) o a Medicare al 1-800-633-4227 sin costo y presione el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarlo.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

OMB N.º 0938-1378

Vence: 7/31/2024

Según la Ley de reducción de documentación (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que incluya un número de control de OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. 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, 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 artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

Y0084\_END\_ENRSNP\_2024\_C

Aprobado por CMS/Archivo y uso 08/25/2023



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



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

### SELECCIONE EL PLAN EN EL QUE QUIERE INSCRIBIRSE:

Opciones del plan médico y de medicamento con receta:

**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP):** Willamette \$40.60/mes (H5995-001-000)

**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP):** Douglas \$39.70/mes (H3814-030-000)

**ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP):** Klamath \$40.60/mes (H3814-007-000)

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
(MM / DD / AAAA)

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Si nos da su dirección de correo electrónico, está aceptando recibir nuestros avisos por correo electrónico, y si nos da su número de celular, está aceptando recibir nuestros avisos por mensajes de texto, según corresponda. Siempre le daremos la oportunidad de optar por no recibir futuras comunicaciones.*

**Dirección permanente:** (NO escriba un PO Box)

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_

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

**Dirección postal:** (Si es diferente a su dirección de residencia permanente [se permite apartado postal]):

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_

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

### Su información de Medicare

**Saque su tarjeta rojo, blanco y azul de Medicare para completar esta sección.**

Complete esta información como está en su tarjeta de Medicare – O – adjunte una copia de su tarjeta de Medicare de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Número de Medicare: \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: 1234-123-1234)

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

Fecha de entrada en vigor del plan médico (Parte B): \_\_\_\_\_

**Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare.**



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



### Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa 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 deducción automática 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 relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta otra cantidad 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 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 coseguro. Además, los que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Incluso si recibe Ayuda adicional ahora, es posible que necesite volver a pedir una recertificación. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional comuníquese con su oficina local del Seguro Social 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 de Ayuda adicional en línea a [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si usted califica para obtener Ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una cuenta/factura todos los meses.

### Elija una opción de pago y siga las demás instrucciones para la configuración completa:

- Recibir una cuenta/factura mensualmente
- Transferencia de fondos electrónica (EFT) automática de su cuenta bancaria – para EFT, visite [atriohp.com](http://atriohp.com) para inscribirse en nuestro portal de primas
- Tarjeta de crédito – para pagos con tarjeta de crédito, visite [atriohp.com](http://atriohp.com) para inscribirse en nuestro portal de primas
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo mis beneficios de:  Seguro Social  Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que se deban desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el punto en el que empieza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de una deducción automática o aprueba que las deducciones empiecen después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, le enviaremos una factura por las primas mensuales).

### IMPORTANTE: Lea y firme abajo

- Debo conservar tanto la Parte A (hospital) como la Parte B (médico) para estar en este plan. Debo seguir pagando la prima de la Parte B si la tengo, a menos que Medicaid o alguien más la pague
- Con mi inscripción en este Plan Medicare Advantage, reconozco que ATRIO Health Plans compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para seguir mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad abajo)
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan MA o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en ese plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA)



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



- Entiendo que cuando comience mi cobertura de ATRIO, debo recibir 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 que están en mi documento de “Evidencia de cobertura” de ATRIO (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni ATRIO pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado, esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible si Medicare lo pide.

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

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar y completar estos campos de abajo:**

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

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

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

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

1. Mencione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro médico: \_\_\_\_\_

2. Elija una opción si prefiere la información del plan en otro idioma o en un formato accesible:

Español       Letra de molde grande       Otro: \_\_\_\_\_

Comuníquese con ATRIO llamando al 1-877- 672-8620 (TTY 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el que se menciona arriba. Nuestro horario de atención es todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

3. ¿Trabajan usted o su cónyuge?  Sí       No

4. ¿Tiene otra cobertura de medicamentos con receta o médica (como de grupo, VA, TRICARE) además de este plan?  Sí       No

Si respondió Sí, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:      Número de miembro de esa cobertura:      Número de grupo de esa cobertura:



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



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

Usted tiene la opción de responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todas las que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español  | <input type="checkbox"/> Sí, cubano                   |
| <input type="checkbox"/> Sí, americano mexicano, mexicoamericano, chicano | <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño           |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español        | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b> |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático indio              | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano        |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Filipino                    | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro           |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Coreano                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái              |
| <input type="checkbox"/> Otro origen asiático               | <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano                      |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> Blanco                      | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b> |

### SECCIÓN 3: Para uso exclusivo del representante de ventas autorizado/agencia

Debe completarla un miembro del personal/agente/broker:

Nombre (si recibió ayuda en la inscripción): \_\_\_\_\_ ID de la escritura: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción inicial: \_\_\_\_\_

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (personas inscritas en MA-PD)                           | <input type="checkbox"/> ICEP (personas inscritas en MA) |   |
| <input type="checkbox"/> IEP (personas inscritas en MA-PD elegibles para un 2.º IEP) |  |   |
| <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero – 31 de marzo)                              | <input type="checkbox"/> OEP (elegible recientemente)    |   |
| <input type="checkbox"/> SEP (cambio de estatus de Dual LIS)                         | <input type="checkbox"/> SEP (cambio en la residencia)   |   |
| <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura de EGHP)                       |  |   |
| <input type="checkbox"/> SEP (Crónico)   | <input type="checkbox"/> SEP (mantiene Dual LIS)         | <input type="checkbox"/> SEP (motivo de SEP): _____ |
| <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre – 7 de diciembre)                        | <input type="checkbox"/> OEPI                            |   |

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

Envíe por correo postal o fax este formulario completo 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 (CMS) reúnen información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes 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 las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del CFR autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (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.



## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes y marque la casilla si se aplica en su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, certifica que usted, según su conocimiento, es elegible para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información no es correcta, puede anularse su inscripción.

- 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).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Me liberaron recientemente de la cárcel. Me liberaron el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Obtuve recientemente el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Cambié recientemente mi pago de Ayuda adicional para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve recientemente Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.



- Me estoy mudando a, vivo o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o un centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera del centro el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Recientemente dejé un programa PACE el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o del sindicato el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Estoy en un programa de ayuda de farmacia del estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se necesita para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en SNP el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Me afectó una emergencia o un desastre mayor (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi situación, pero no pude hacer la solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o si no está seguro, comuníquese con ATRIO Health Plans llamando al **1-877-672-8620 (TTY 711)** todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, hora local, para saber si es elegible para inscribirse.



## Confirmación del alcance de la cita de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas en persona para asegurarse de que entienden lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicaid (o su representante autorizado). Toda la información que se da en este formulario es confidencial y debe completarla cada persona que tenga Medicare o su representante autorizado.

Escriba sus iniciales abajo junto a los tipos de productos sobre los que quiere que le hable el agente	
<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage (indicar más abajo con las iniciales)
<input type="checkbox"/>	Planes de medicamentos con receta de Medicare independientes
<input type="checkbox"/>	Productos dentales/de la vista/de audición
<input type="checkbox"/>	Productos de enfermedades críticas y accidentes
<input type="checkbox"/>	Productos suplementarios de Medicare (Medigap)
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare:</b> Un Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y algunas veces cubre los medicamentos con receta de la Parte D. Los PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
<input type="checkbox"/>	<b>Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare:</b> Un Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y algunas veces cubre los medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los HMO, solo puede obtener la atención de médicos u hospitales en la red del plan (excepto en emergencias).
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de necesidades especiales de Medicare (SNP):</b> Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñados para personas con necesidades de atención médica especial. Los ejemplos de grupos específicos a los que se atienden incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que viven en centros de atención residencial y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare:</b> Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan privado de pago por servicio (PFFS) de Medicare:</b> Un plan Medicare Advantage en el que usted puede ir con cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y que acepte tratarlo; no todos los proveedores lo harán. Si se une a un Plan PFFS que tiene una red, puede ir con cualquiera de los proveedores de la red que hayan aceptado tratar a los miembros del plan. Generalmente pagará más por ir con proveedores fuera de la red.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare:</b> Los planes MSA combinan un plan médico con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta cubrir el deducible.
<input type="checkbox"/>	<b>Plan de costos de Medicare:</b> En un Plan de costos de Medicare, usted puede ir con proveedores dentro y fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán según Medicare Original, pero usted será responsable del coseguro y los deducibles de Medicare.



**Firmando este formulario, usted acepta una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos en los que escribió sus iniciales.**

- La persona que le hablará sobre los productos es empleada o está contratada por un plan Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Es posible que a esta persona se le pague basándose en su inscripción en un plan.
- Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan Medicare.

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

**FIRMADO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo en letra de molde:*

*Nombre del representante:* \_\_\_\_\_

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

**PARA QUE LO COMPLETE EL AGENTE:**

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario ( <i>opcional</i> ):
Dirección del beneficiario ( <i>opcional</i> ):	
Método inicial de comunicación:	
Firma del agente:	
Planes que el agente representó durante esta reunión:	
Fecha en la que se completó la cita:	
[Para uso exclusivo del plan]	

*\*La documentación del Alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de expedientes de CMS\**

**Agente: Tenga en cuenta - Si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el SOA antes de la reunión:**

---

---

---



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE



### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage. Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

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

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 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 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### Personas sin hogar

Si quiere unirse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, una casilla de correo, la dirección de un albergue o una clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, verificaciones del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

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

Según la Ley de reducción de documentación (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que incluya un número de control de OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. 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, 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 artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

Y0084\_END\_ENRSNP\_2024\_C

### 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 Fax: (602) 975-4071

338 Jericho Turnpike #135

Syosset, NY 11791

Una vez hayan procesado su solicitud para inscribirse, ellos se comunicarán con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

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

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

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

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

OMB N.º 0938-1378

Vence: 7/31/2024

Aprobado por CMS/Archivo y uso 08/25/2023



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



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

### SELECCIONE EL PLAN EN EL QUE QUIERE INSCRIBIRSE:

Opciones del plan médico y de medicamento con receta:

- ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP):** Willamette \$40.60/mes (H5995-001-000)
- ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP):** Douglas \$39.70/mes (H3814-030-000)
- ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP):** Klamath \$40.60/mes (H3814-007-000)

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
(MM / DD / AAAA)

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Si nos da su dirección de correo electrónico, está aceptando recibir nuestros avisos por correo electrónico, y si nos da su número de celular, está aceptando recibir nuestros avisos por mensajes de texto, según corresponda. Siempre le daremos la oportunidad de optar por no recibir futuras comunicaciones.*

**Dirección permanente:** (NO escriba un PO Box)

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_

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

**Dirección postal:** (Si es diferente a su dirección de residencia permanente [se permite apartado postal]):

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_

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

### Su información de Medicare

**Saque su tarjeta rojo, blanco y azul de Medicare para completar esta sección.**

Complete esta información como está en su tarjeta de Medicare – O – adjunte una copia de su tarjeta de Medicare de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Número de Medicare: \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: 1234-123-1234)

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

Fecha de entrada en vigor del plan médico (Parte B): \_\_\_\_\_

**Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare** (o ambas) para unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare.



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



### Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa 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 deducción automática 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 relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta otra cantidad 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 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 coseguro. Además, los que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Incluso si recibe Ayuda adicional ahora, es posible que necesite volver a pedir una recertificación. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional comuníquese con su oficina local del Seguro Social 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 de Ayuda adicional en línea a [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si usted califica para obtener Ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una cuenta/factura todos los meses.

### Elija una opción de pago y siga las demás instrucciones para la configuración completa:

- Recibir una cuenta/factura mensualmente
- Transferencia de fondos electrónica (EFT) automática de su cuenta bancaria – para EFT, visite [atriohp.com](http://atriohp.com) para inscribirse en nuestro portal de primas
- Tarjeta de crédito – para pagos con tarjeta de crédito, visite [atriohp.com](http://atriohp.com) para inscribirse en nuestro portal de primas
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo mis beneficios de:  Seguro Social  Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que se deban desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el punto en el que empieza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de una deducción automática o aprueba que las deducciones empiecen después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, le enviaremos una factura por las primas mensuales).

### IMPORTANTE: Lea y firme abajo

- Debo conservar tanto la Parte A (hospital) como la Parte B (médico) para estar en este plan. Debo seguir pagando la prima de la Parte B si la tengo, a menos que Medicaid o alguien más la pague
- Con mi inscripción en este Plan Medicare Advantage, reconozco que ATRIO Health Plans compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para seguir mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad abajo)
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan MA o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en ese plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA)



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



- Entiendo que cuando comience mi cobertura de ATRIO, debo recibir 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 que están en mi documento de “Evidencia de cobertura” de ATRIO (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni ATRIO pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado, esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible si Medicare lo pide.

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

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar y completar estos campos de abajo:**

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

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

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

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

1. Mencione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro médico: \_\_\_\_\_
2. Elija una opción si prefiere la información del plan en otro idioma o en un formato accesible:  
 Español     Letra de molde grande     Otro: \_\_\_\_\_

Comuníquese con ATRIO llamando al 1-877- 672-8620 (TTY 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el que se menciona arriba. Nuestro horario de atención es todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

3. ¿Trabajan usted o su cónyuge?  Sí  No
4. ¿Tiene otra cobertura de medicamentos con receta o médica (como de grupo, VA, TRICARE) además de este plan?  Sí  No

Si respondió Sí, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:      Número de miembro de esa cobertura:      Número de grupo de esa cobertura:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# 2024

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE Y MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (CONDADOS DE MARION, POLK, DOUGLAS Y KLAMATH)



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

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todas las que correspondan:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español  | <input type="checkbox"/> Sí, cubano            |
| <input type="checkbox"/> Sí, americano mexicano, mexicoamericano, chicano | <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño    |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español        | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático indio              | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Filipino                    | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro    |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Coreano                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       |
| <input type="checkbox"/> Otro origen asiático               | <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano               |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> Blanco                      | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

### SECCIÓN 3: Para uso exclusivo del representante de ventas autorizado/agencia

Debe completarla un miembro del personal/agente/broker:

Nombre (si recibió ayuda en la inscripción): \_\_\_\_\_ ID de la escritura: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción inicial: \_\_\_\_\_

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (personas inscritas en MA-PD)                           | <input type="checkbox"/> ICEP (personas inscritas en MA) |   |
| <input type="checkbox"/> IEP (personas inscritas en MA-PD elegibles para un 2.º IEP) |  |   |
| <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero – 31 de marzo)                              | <input type="checkbox"/> OEP (elegible recientemente)    |   |
| <input type="checkbox"/> SEP (cambio de estatus de Dual LIS)                         | <input type="checkbox"/> SEP (cambio en la residencia)   |   |
| <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura de EGHP)                       |  |   |
| <input type="checkbox"/> SEP (Crónico)   | <input type="checkbox"/> SEP (mantiene Dual LIS)         | <input type="checkbox"/> SEP (motivo de SEP): _____ |
| <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre – 7 de diciembre)                        | <input type="checkbox"/> OEPI                            |   |

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

Envíe por correo postal o fax este formulario completo 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 (CMS) reúnen información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes 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 las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del CFR autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (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.



# Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes y marque la casilla si se aplica en su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, certifica que usted, según su conocimiento, es elegible para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información no es correcta, puede anularse su inscripción.

- 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).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Me liberaron recientemente de la cárcel. Me liberaron el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Obtuve recientemente el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Cambié recientemente mi pago de Ayuda adicional para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve recientemente Ayuda adicional, cambié el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.



- Me estoy mudando a, vivo o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o un centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera del centro el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Dejé recientemente un programa PACE el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o del sindicato el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Estoy en un programa de ayuda de farmacia del estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se necesita para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en SNP el *(escriba la fecha)* \_\_\_\_\_
- Me afectó una emergencia o un desastre mayor (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi situación, pero no pude hacer la solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o si no está seguro, comuníquese con ATRIO Health Plans llamando al **1-877-672-8620 (TTY 711)** todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, hora local, para saber si es elegible para inscribirse.





# Resumen del plan

Queremos asegurarnos de que sepa qué puede 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
- Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage

**El nombre de mi nuevo plan es:** \_\_\_\_\_

Mi tipo de plan es (encierre uno en un círculo): PPO o HMO o HMO D-SNP

- 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 proporcionará:

- 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 por 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 Ayuda adicional, mi prima puede ser menos.\* 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 recibir 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

Es importante que entienda su red. 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 se aplica únicamente a los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

Haga una lista en esta tabla de los medicamentos que usa. Asegúrese de anotar el 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 basado en:

- 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 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

# Qué puede esperar después de inscribirse

Pasos	Cómo lo obtiene	Descripción
<b>1</b> Acuse de recibo del formulario de inscripción completo	 Por correo	En un plazo de 7 días calendario después de que Medicare haya aprobado la inscripción recibirá una carta confirmando que recibimos su formulario de inscripción completo y que Medicare aprobó su inscripción. Inscripción completa
<b>2</b> Verificación de inscripción	 Por correo	Si se inscribió con un agente o bróker, recibirá una carta para confirmar que entiende el tipo de plan en el que se está inscribiendo.
<b>3</b> Tarjeta de identificación de miembro	 Por correo	Recibirá su tarjeta de identificación de miembro en un plazo de 10 días de su inscripción aprobada por Medicare.
<b>4</b> Revisión de beneficios	 Por correo	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.
<b>5</b> Ayuda con la prima	 Por correo	Es posible que reciba una carta sobre cómo obtener ayuda adicional con sus primas de Medicare y otros costos de atención médica, si califica.
<b>6</b> Registro en línea	 En línea	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.
<b>7</b> Llamada de bienvenida	 Teléfono	Recibirá una llamada de un representante de ATRIO para darle la bienvenida al plan y responder cualquier pregunta que pueda tener.

## Aviso de no discriminación y requisitos de accesibilidad

### La discriminación es ilegal

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita algunos de los servicios mencionados arriba, comuníquese con Servicio al Cliente de ATRIO llamando sin costo al 1-877-672-8620 todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

ATRIO Compliance Officer  
2965 Ryan Drive SE Salem, OR 97301  
1-877-672-8620 (TTY 711)  
Presente una queja con la línea directa de  
Cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952 o  
[compliance@atriohp.com](mailto:compliance@atriohp.com)

Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comuníquese con Servicio al Cliente llamando sin costo al 1-877-672-8620 todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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, សេវាជំនួយភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចុះទូរស័ព្ទ 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)

## **Multi-Language Insert**

### **Multi-language Interpreter Services**

**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 panggamot. 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 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-672-8620 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

## Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

**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.

**Portuguese:** 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。

# Notas

# Notas

# Notas



# *Le presentamos a* **ATRIO.**

**Por 20 años** hemos sido el plan Medicare Advantage local y confiable de Oregón.

**Obtenga más información ahora.**

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

**Para inscribirse, llame al  
1-888-201-8818 (TTY 711)**

**Servicio al Cliente de ATRIO  
1-877-672-8620 (TTY 711)**

Todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, hora local

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

