



Paquete de Inscripción de Medicare Advantage 2023

Plan de necesidades especiales

Condados de Marion y Polk

January 1, 2023 - December 31, 2023



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

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

Nuestras sólidas relaciones con nuestros proveedores marcan una diferencia positiva.

**Más ventajas.
Más tranquilidad.**





La ventaja de ATRIO

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

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

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

ATRIO Health Plans tiene planes PPO y HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. ATRIO Health Plans fue aprobado por Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) hasta 2024 según una revisión del Modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans.

Tabla of Contenidos

Entender Medicare Original	1
Descripción breve de beneficios 2023	2
Cobertura de medicamentos	5
Las 100 mejores drogas	6
Mas beneficios	9
Resumen de beneficios 2023	14
Cómo inscribirse	22
Lista de verificación de inscripción	23
Alcance de la confirmación de la cita de ventas	24
Formulario de registro en el plan Medicare	26
Resumen del plan	34
Después de inscribirse	36
Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad/Insertar en varios idiomas	37

Entender Medicare Original

Medicare Original es ofrecido por el gobierno federal y consta de dos partes: Parte A y Parte B.

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

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

Medicare Original NO incluye la cobertura de medicamentos con receta

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

Requisitos de elegibilidad

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

Descripción breve de beneficios 2023



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

ATRIO Special Needs Plan (Willamette) es un plan HMO diseñado para las personas que tienen Medicare (A y B) y los beneficios completos de Oregon Health Plan (OHP) (Medicaid). Se aplicarán gastos compartidos del plan 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	\$0
Máximo anual de gastos de bolsillo	\$6,700
Visitas en el consultorio del médico	
Proveedor de atención primaria (PCP)	Usted no paga nada
Especialista	Usted no paga nada
Telesalud	Usted no paga nada
Atención de pacientes hospitalizados	
Atención en el hospital de pacientes hospitalizados	Usted no paga nada
Centro de enfermería especializada (SNF)	Usted no paga nada
Servicios ambulatorios	
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
Servicios de laboratorio y otras pruebas	
Pruebas de laboratorio	Usted no paga nada
Diagnóstico por imágenes (MRI/CT/PET)	Usted no paga nada
Rayos X	Usted no paga nada
Servicios de emergencia	
Ambulancia	Usted no paga nada
Sala de emergencias	Usted no paga nada
Atención necesaria de urgencia	Usted no paga nada

Beneficios complementarios

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

Beneficios adicionales	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)
Examen de la vista de rutina	1 cada año
Accesorios de la vista de rutina	\$250 de asignación cada dos años calendario por lentes de contacto y anteojos
Servicios dentales preventivos	\$500 de asignación anual
Artículos de venta sin receta (OTC)	\$170 de asignación trimestral
Comidas	Hasta 2 comidas diarias por 14 días después de un evento que haga que califique
Servicios quiroprácticos, de acupuntura y naturopatía de rutina	Hasta 30 visitas combinadas para servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año
Podología de rutina	Sin cobertura
Beneficio de condición física	\$450 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.
Educación nutricional/dietética	\$0 de copago Limitado a 1 sesión individual y 9 sesiones en grupo por año calendario
Transporte	Hasta 24 transportes médicos que no sean de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año

Beneficios de medicamentos con receta

Etapas de deducible: En este plan no hay deducible siempre que mantenga su elegibilidad para Medicaid.

Etapas de cobertura inicial: Dependiendo de sus ingresos y de su estado de nivel de subsidio (LIS), usted hace los siguientes copagos hasta que sus gastos de bolsillo anuales para medicamentos lleguen a \$7,400 (incluyendo los medicamentos que compre en su farmacia o por el servicio por correo o si está en un centro de atención a largo plazo).

Estado de nivel de subsidio	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)
LIS 1	Genéricos \$4.15 o 5% De marca y el resto de los medicamentos \$10.35 o 5%
LIS 2	Genéricos \$1.45 De marca y el resto de los medicamentos \$4.30
LIS 3	\$0

Una vez inscrito en un plan recibirá una “Cláusula adicional de LIS” para informarlo de su nivel de LIS.

Etapas de cobertura catastrófica: Después de que sus gastos de bolsillo anuales lleguen a \$7,400, usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica y paga \$0 por todos los medicamentos por el resto del año.



Cobertura de medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Las 100 mejores drogas
(medicamentos comúnmente recetados)**

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos en nuestro formulario, visite atriohp.com

Nombre de la droga	Tipo de dosis	Nivel
ALBUTEROL SULFATE HFA 90 MCG	INHALER	1
ALENDRONATE SODIUM 70 MG	TABLET	1
AMLODIPINE BESYLATE 10 MG	TABLET	1
AMLODIPINE BESYLATE 5 MG	TABLET	1
ATORVASTATIN CALCIUM 10 MG	TABLET	1
ATORVASTATIN CALCIUM 20 MG	TABLET	1
ATORVASTATIN CALCIUM 40 MG	TABLET	1
ATORVASTATIN CALCIUM 80 MG	TABLET	1
BACLOFEN 10 MG	TABLET	1
BENZTROPINE MESYLATE 1 MG	TABLET	1
BUPROPION XL 150 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
BUSPIRONE HCL 10 MG	TABLET	1
CEPHALEXIN 500 MG	CAPSULE	1
CETIRIZINE HCL 10 MG	TABLET	0
CITALOPRAM HBR 20 MG	TABLET	1
CLONAZEPAM 0.5 MG	TABLET (DISINTEGRATING)	1
CLONAZEPAM 0.5 MG	TABLET	1
CLONAZEPAM 1 MG	TABLET (DISINTEGRATING)	1
CLONAZEPAM 1 MG	TABLET	1
CLONIDINE HCL 0.1 MG	TABLET	1
CLOPIDOGREL 75 MG	TABLET	1
CYCLOBENZAPRINE HCL 10 MG	TABLET	1
DIVALPROEX SODIUM 500 MG	TABLET (DELAYED RELEASE)	1
DIVALPROEX SODIUM ER 500 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
DULOXETINE HCL 30 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	1
DULOXETINE HCL 60 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	1
ELIQUIS 5 MG	TABLET	1
ESCITALOPRAM OXALATE 10 MG	TABLET	1
ESCITALOPRAM OXALATE 20 MG	TABLET	1
FAMOTIDINE 20 MG	TABLET	1
FLUOXETINE HCL 20 MG	CAPSULE	1
FLUTICASONE PROPIONATE 50 MCG	NASAL SPRAY	1
FUROSEMIDE 20 MG	TABLET	1
FUROSEMIDE 40 MG	TABLET	1
GABAPENTIN 100 MG	CAPSULE	1
GABAPENTIN 300 MG	CAPSULE	1
GABAPENTIN 600 MG	TABLET	1
HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG	TABLET	1

Las 100 mejores drogas (medicamentos comúnmente recetados)

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos en nuestro formulario, visite atriohp.com

Nombre de la droga	Tip de dosis	Nivel
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10MG-325MG	TABLET	1
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5 MG-325MG	TABLET	1
HYDROXYZINE HCL 25 MG	TABLET	1
IBUPROFEN 800 MG	TABLET	1
LAMOTRIGINE 200 MG	TABLET	1
LEVETIRACETAM 500 MG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 100 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 50 MCG	TABLET	1
LEVOTHYROXINE SODIUM 75 MCG	TABLET	1
LISINAPRIL 10 MG	TABLET	1
LISINAPRIL 20 MG	TABLET	1
LISINAPRIL 40 MG	TABLET	1
LISINAPRIL 5 MG	TABLET	1
LORATADINE 10 MG	TABLET (DISINTEGRATING)	0
LORATADINE 10 MG	TABLET	0
LORAZEPAM 0.5 MG	TABLET	1
LORAZEPAM 1 MG	TABLET	1
LOSARTAN POTASSIUM 100 MG	TABLET	1
LOSARTAN POTASSIUM 25 MG	TABLET	1
LOSARTAN POTASSIUM 50 MG	TABLET	1
MELOXICAM 15 MG	TABLET	1
METFORMIN HCL 1000 MG	TABLET	1
METFORMIN HCL 500 MG	TABLET	1
METFORMIN HCL ER 500 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
METOPROLOL SUCCINATE 25 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
METOPROLOL SUCCINATE 50 MG	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
METOPROLOL TARTRATE 25 MG	TABLET	1
METOPROLOL TARTRATE 50 MG	TABLET	1
MONTELUKAST SODIUM 10 MG	TABLET	1
NOVOLOG FLEXPEN 100/ML (3)	INSULN PEN	1
NYSTATIN 100000/G	CREAM (G)	1
NYSTATIN 100000/G	OINT. (G)	1
NYSTATIN 100000/G	POWDER	1
OLANZAPINE 10 MG	TABLET	1
OLANZAPINE 10 MG	VIAL	1
OLANZAPINE 20 MG	TABLET	1
OMEPRAZOLE 20 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	1

Las 100 mejores drogas (medicamentos comúnmente recetados)

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos en nuestro formulario, visite atriohp.com

Nombre de la droga	Tip de dosis	Nivel
OMEPRAZOLE 40 MG	CAPSULE (DELAYED RELEASE)	1
ONDANSETRON ODT 4 MG	TABLET (DISINTEGRATING)	1
OXYBUTYNIN CHLORIDE 5 MG	TABLET	1
OXYCODONE HCL 10 MG	TABLET	1
OXYCODONE HCL 5 MG	CAPSULE	1
OXYCODONE HCL 5 MG	TABLET	1
PANTOPRAZOLE SODIUM 40 MG	TABLET (DELAYED RELEASE)	1
PANTOPRAZOLE SODIUM 40 MG	VIAL	1
POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ	CAPSULE (EXTENDED RELEASE)	1
POTASSIUM CHLORIDE 10 MEQ	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ	TABLET (EXTENDED RELEASE)	1
QUETIAPINE FUMARATE 100 MG	TABLET	1
QUETIAPINE FUMARATE 25 MG	TABLET	1
QUETIAPINE FUMARATE 50 MG	TABLET	1
RISPERIDONE 1 MG	TABLET	1
SERTRALINE HCL 100 MG	TABLET	1
SERTRALINE HCL 50 MG	TABLET	1
SIMVASTATIN 20 MG	TABLET	1
SPIRONOLACTONE 25 MG	TABLET	1
TAMSULOSIN HCL 0.4 MG	CAPSULE	1
TRAMADOL HCL 50 MG	TABLET	1
TRAZODONE HCL 100 MG	TABLET	1
TRAZODONE HCL 50 MG	TABLET	1
XARELTO 20 MG	TABLET	1

Más beneficios

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



Flex Card

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

Beneficio de condición física: Usted recibe una asignación de \$450 para cubrir el costo de los cargos por membresía de un gimnasio.

Asignación de OTC: Usted recibe una asignación de \$170 para comprar artículos de venta sin receta por pedidos por correo o en la farmacia.



Dental de rutina

- ✓ \$0 de copago por visitas **preventivas** ilimitadas en el consultorio dental, exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías
- ✓ Libertad para usar cualquier dentista que elija
- ✓ Usted recibe una cantidad máxima de cobertura del plan de \$500 por servicios dentales preventivos cada año.



Vista de rutina

- ✓ Recibe una asignación hasta de \$250 para lentes de contacto y anteojos cada 2 años calendario.



Comidas

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



Transporte

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



Artículos de venta libre (OTC)

Usted recibirá un crédito trimestral de \$170 para comprar artículos de venta libre de una lista de productos elegibles. Usted puede hacer un pedido en línea, por teléfono o por correo usando el Catálogo OTC 2023 o en una tienda con su flex card. Si el total de su pedido excede la cantidad de su beneficio, se aceptan tarjetas de crédito. Los fondos de beneficios dados deben usarse en su totalidad antes de que se acepten otras formas de pago.



Telesalud

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

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

Servicios alternativos

- ✓ Usted recibe un total de 30 visitas combinadas para usar en servicios quiroprácticos complementarios, servicios complementarios de acupuntura y servicios de naturopatía, ofrecidos por **American Specialty Health**.



Información de contacto y acceso

Visite atriohp.com/extra-benefits para obtener más información sobre más beneficios.

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

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

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

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

American Specialty Health: Para buscar un proveedor y programar una cita llame al 1-800-678-9133 (TTY 711).
1 de octubre - 31 de marzo 5 am a 10 pm (PDT), 7 días a semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 5 a 20 h. (PDT), Lunes Viernes.



Resumen de beneficios 2023

Oregón

Condados de Marion y Polk

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Índice

Acerca del resumen de beneficios	1
¿Quién se puede inscribir?	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?	1
Consejos para comparar sus opciones de Medicare	1
Lista de verificación antes de la inscripción	1
Prima del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por servicios cubiertos	2
Prima del plan	2
Deducible del plan.....	2
Límites de gastos de bolsillo	2
Beneficios médicos y de hospital cubiertos.....	2
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados.....	2
Cirugía ambulatoria	2
Centro quirúrgico ambulatorio	2
Visitas en el consultorio del médico	2
Atención preventiva.....	2
Atención de emergencia.....	2
Atención de urgencia.....	2
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X	3
Servicios de audición	3
Servicios dentales	3
Servicios de la vista	3
Servicios de salud mental	3
Centro de enfermería especializada (SNF).....	3
Servicios de rehabilitación	3
Ambulancia	3
Transporte.....	3
Medicamentos de la Parte B de Medicare	3
Telesalud.....	3
Cuidado de los pies.....	3
Equipo y suministros médicos.....	4
Condición física.....	4
Servicios quiroprácticos	4
Servicios quiroprácticos/acupuntura/naturopatía	4
(Sin cobertura de Medicare).....	4
Artículos de venta libre.....	4
Comidas	4
Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	4
Etapa de deducible	4
Etapa de cobertura inicial.....	4
Cambios en las Etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica	4
Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)	5
Servicios que no están cubiertos por Oregon Health Plan (exclusiones)	6

H5995_SB_SNP_MP_2023_M

Resumen de beneficios 2023

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Acerca del resumen de beneficios

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos que cubre **ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D- SNP)**. La información de beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura* en **atriohp.com**.

NOTA IMPORTANTE: Si es elegible para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0 por todos los servicios cubiertos de Medicare. Si pierde su estado de 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 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 servicios. Nuestra área de servicios de **ATRIO Special Needs Plan (Willamette)** incluye estos condados en Oregón: **condados Marion y Polk**

¿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 (lista de medicamentos con receta de la Parte D)* de nuestro plan, el *Directorio de proveedores* y el *Directorio de farmacias* en nuestro sitio web **atriohp.com**.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

Lista de verificación antes de la inscripción

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

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

Cómo entender los beneficios	
<input type="checkbox"/>	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
<input type="checkbox"/>	Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
<input type="checkbox"/>	Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos los servicios que prestan los proveedores fuera de la red (los médicos que no están mencionados en el directorio de proveedores).
<input type="checkbox"/>	Este plan es un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en verificar que usted tenga derecho a Medicare y asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

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

ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)	
	Nota: Si es elegible para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0. Si pierde su estado de elegibilidad para Medicaid, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.
Prima del plan	\$0 al mes
Deducible del plan	Este plan no tiene deducible anual
Límites de gastos de bolsillo	En este plan usted no paga nada por los servicios cubiertos de Medicare. Sus límites anuales en este plan: por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si llega al límite de gastos de bolsillo, usted sigue recibiendo los servicios de hospital y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

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

ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)	
	Nota: Si es elegible para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0. Si pierde su estado de elegibilidad para Medicaid, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados *	Usted no paga nada
Cirugía ambulatoria *	Usted no paga nada
Centro quirúrgico ambulatorio *	Usted no paga nada
Visitas en el consultorio del médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	Usted no paga nada
Atención preventiva	Usted no paga nada por los servicios de prevención cubiertos de Medicare. Todos los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del plan están cubiertos.
Atención de emergencia	Usted no paga nada
Atención de urgencia	Usted no paga nada

	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) Nota: Si es elegible para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0. Si pierde su estado de elegibilidad para Medicaid, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X *	Usted no paga nada
Servicios de audición	Usted no paga nada por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio.
Servicios dentales *	<p>Usted no paga nada por los servicios dentales cubiertos de Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, tratamiento, empastes, extracción ni reemplazo de dientes)</p> <p><u>Servicios dentales preventivos:</u> cantidad máxima de \$500 de cobertura del plan por servicios dentales preventivos cada año.</p> <p>NOTA: Cubrimos servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) sin cobertura de Medicare Original.</p> <p>Cubrimos servicios dentales limitados cubiertos por Medicare como atención dental que no sea de rutina, limitada a operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracciones de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico.</p>
Servicios de la vista	<p>Usted no paga nada por un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluyendo una evaluación anual de glaucoma).</p> <p><u>Examen de la vista de rutina:</u> 1 examen de la vista de rutina cada año</p> <p><u>Anteojos y lentes de rutina:</u> asignación de \$250 cada dos años calendario por lentes de contacto y anteojos</p>
Servicios de salud mental *	Usted no paga nada por los servicios de salud mental de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios
Centro de enfermería especializada (SNF) *	Usted no paga nada
Servicios de rehabilitación *	Usted no paga nada por visitas de terapia del habla/lenguaje, ocupacional y fisioterapia.
Ambulancia *	Usted no paga nada
Transporte	<p>Usted no paga nada hasta 24 transportes médicos que no sean de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año.</p> <p>(Debe usar SafeRide para recibir los beneficios de transporte de rutina)</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare *	Usted no paga nada
Telesalud	Usted no paga nada
Cuidado de los pies	Usted no paga nada por exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o si cumple ciertas condiciones.

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

ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)	
Nota: Si es elegible para los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0. Si pierde su estado de elegibilidad para Medicaid, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.	
Equipo y suministros médicos *	Usted no paga nada
Condición física	Usted no paga nada por visitas de condición física. Recibe una asignación anual de \$450 para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.
Servicios quiroprácticos	Usted no paga nada por la manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se salen de su posición).
Servicios quiroprácticos/ acupuntura/naturopatía (Sin cobertura de Medicare)	Usted no paga nada hasta por 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año
Artículos de venta libre	Usted recibirá una asignación de \$170 por trimestre
Comidas *	Usted no paga nada por 2 comidas diarias por 14 días (hasta 28 comidas) después de un evento que haga que califique, con autorización previa

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

En este plan no hay deducible siempre que mantenga su elegibilidad para Medicaid.

Etapas de cobertura inicial

Dependiendo de sus ingresos y de su estado de nivel de subsidio (LIS) por bajos ingresos, usted paga los siguientes copagos hasta que sus gastos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen al beneficio estándar definido (la misma cantidad de PPO). Esto incluye los medicamentos que compre en su farmacia o por el servicio por correo o si está en un centro de atención a largo plazo.

LIS 1	Genéricos \$4.15 De marca y el resto de los medicamentos \$10.35
LIS 2	Genéricos \$1.45 De marca y el resto de los medicamentos \$4.30
LIS 3	\$0
Una vez inscrito en un plan recibirá una "Cláusula adicional de LIS" para informarlo de su nivel de LIS.	

Cambios en las Etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

No hay etapa sin cobertura para este plan. Después de que sus gastos de bolsillo anuales lleguen al estándar de beneficios definidos (la misma cantidad que PPO), entra a la Etapa de cobertura catastrófica y paga \$0 por todos los medicamentos de la Parte D por el resto del año.

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

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

Para obtener más información sobre los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid), visite www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Contact-Us.aspx o llame al Servicio al Cliente de su Organización de Atención Coordinada.

Servicio	Beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)
Atención por dependencia a sustancias químicas	
Dental	Servicios básicos, incluyendo limpieza, barniz de flúor, empastes y extracciones Tratamiento urgente o inmediato Dentaduras postizas Coronas de acero inoxidable para molares (dientes de atrás) Otras coronas para mujeres embarazadas y menores de 21 años. Selladores, tratamiento de canales en los dientes de atrás para menores de 21 años.
Audición	Aparatos auditivos y exámenes de aparatos auditivos
Atención en casa	Servicio de enfermería privada
Cuidados de hospicio	Atención para el final de la vida
Atención en el hospital	Tratamiento de emergencia Atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios
Inmunizaciones y vacunas	Como la vacuna contra la gripe o la vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola (SPR)
Atención durante el trabajo de parto, parto y posparto	
Pruebas de laboratorio y rayos X	
Atención médica de un médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico	Como un chequeo de rutina o una cita general
Equipo y suministros médicos	Como tiras reactivas para diabetes o muletas
Transporte médico	Como una ambulancia o transporte no de emergencia hacia una cita
Atención de salud mental	Como terapia o tratamiento médico
Terapia del habla, ocupacional y física	
Medicamentos con receta	OHP con medicamentos limitados solo incluye medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare
Vista	Servicios médicos Servicios para corregir la vista para mujeres embarazadas y menores de 21 años 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.

Servicios que no están cubiertos por Oregon Health Plan (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 están todas incluidas):

- 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 alimenticia
 - 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 la TMJ
 - algunos trasplantes
- Servicios prestados por un familiar inmediato o un miembro de su grupo familiar
- Todos los servicios recibidos fuera de Estados Unidos
- Atención que no sea de emergencia si va con un proveedor que no es proveedor contratado de Medicaid.
- Otros servicios sin cobertura 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 sin cobertura, comuníquese con Oregon Health Plan o con Servicio al Cliente de Planes de Atención Coordinada de Medicaid.

Cómo inscribirse

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

1

En línea

Conéctese y complete un formulario de inscripción en línea.
atriohp.com

2

Por teléfono

Llámenos y uno de nuestros asesores puede ayudarlo a completar su inscripción.
[1-888-201-8818](tel:1-888-201-8818). TTY 711

3

En persona

Venga a una oficina local de ATRIO y trabaje con uno de nuestros asesores para completar su inscripción.
[2270 NW Aviation Drive, Suite 3, Roseburg; OR](#)
[404 Main Street, Suite 5, Klamath Falls, OR](#)

4

En su casa

Podemos pedir a un asesor local que vaya a su casa o le dé una cita virtual para ayudarlo a completar su inscripción.
[1-888-201-8818](tel:1-888-201-8818). TTY 711

5

Correo o por fax

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

[ATRIO Health Plans](#)
[338 Jericho Turnpike #135](#)
[Syosset, NY 11791](#)

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

Lista de verificación de inscripción

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

Entienda los beneficios

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

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

Entienda las reglas importantes

- ✔ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- ✔ Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✔ Este plan es un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en verificar que usted tenga derecho a Medicare y asistencia médica de un plan estatal según Medicaid. (Los D-SNP pueden dar más información si imponen restricciones a categorías específicas de elegibilidad de Medicaid).

Alcance de la confirmación de la cita de ventas

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

Iniciales a continuación junto al tipo de producto (s) que desea que el agente para discutir	
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Planes de Medicare Advantage (indicar más abajo con iniciales)
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Planes de medicamentos recetados de Medicare independiente
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Productos de la dental/visión/audición
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Productos de accidente y enfermedad crítica
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Productos de Medicare (Medigap) del suplemento
<input type="checkbox"/>	Medicare Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): Un Plan Medicare Advantage (Ventaja) que ofrece cobertura de salud todo Original Medicare parte A y parte B y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados parte D. PPO tiene hospitales y médicos de la red pero también puede utilizar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más alto.
<input type="checkbox"/>	Organización de mantenimiento de salud de Medicare (HMO): Un Plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de salud todo Original Medicare parte A y parte B y a veces cubre la cobertura de medicamentos recetados parte D. En la mayoría de las HMO, sólo se puede obtener su cuidado de los médicos o los hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).
<input type="checkbox"/>	Con necesidades especiales de Medicare Plan (SNP): Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales. Los grupos específicos atendidos algunos ejemplos de personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.
<input type="checkbox"/>	Plan Medicare de medicamentos recetados (PBP): Un plan de medicamentos independiente que agrega cobertura de medicamentos recetados de Medicare Original, algunos planes de costo de Medicare, algunos planes privados de Medicare Fee for Service y planes de cuenta de ahorros médicos Medicare.
<input type="checkbox"/>	Plan privado de Medicare Fee-For-Service (PFFS): Un Plan de Medicare Advantage en el que usted puede ir a cualquier médico aprobados por Medicare, el hospital y el proveedor que acepta del plan pago, términos y condiciones y se compromete a tratar – no todos los proveedores de la voluntad. Si te unes a un Plan PFFS que cuenta con una red, puede ver cualquiera de los proveedores de red que acordaron tratar siempre a los miembros del plan. Usted generalmente pagará más para ver los proveedores fuera de la red.
<input type="checkbox"/>	Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare: Planes de MSA combinan un plan de salud de deducible alto con una cuenta bancaria. El plan de depósitos de dinero de Medicare en la cuenta. Se puede utilizar para pagar sus gastos médicos hasta que se cumple su deducible.
<input type="checkbox"/>	Costo de Medicare Plan de: en un costo de Medicare Plan, le puede ir a proveedores de ambos en y hacia fuera de red. Si te obtener servicios fuera de de el plan red, su Cubiertos por Medicare servicios va a ser pagado para bajo Medicare Original pero a ser responsable de Coseguro de Medicare y deducibles.

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

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

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

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

FIRMADA: _____ **FECHA:** _____

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

Nombre del representative: _____

Su relación con el beneficiario: _____

A SER COMPLETADO POR EL AGENTE

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

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

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

Y0084_MKG_SOA_2023_C

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para inscribirse en un plan, debe:

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

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

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

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

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

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

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

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que incluya un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión del tiempo calculado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamos, pagos, antecedentes médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar el formulario completado al plan.

Recordatorios:

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

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

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

Fax: (602) 975-4071

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

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

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

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



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

SELECCIONE EL PLAN AL QUE QUIERE INSCRIBIRSE:

Opciones de planes médicos y de medicamentos con receta

- ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP): USD 0/mes (H3814_007) ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) - Willamette: USD 0/mes (H5995_001)

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

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

Número de celular: _____ Correo electrónico: _____

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

Dirección física permanente: (NO detalle su apartado postal)

Dirección: _____ Número de apartamento: _____
 Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Dirección: _____ Número de apartamento: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare

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

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

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

Hospital (Parte A) Fecha de entrada en vigor: _____

Médico (Parte B) Fecha de entrada en vigor: _____

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

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

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

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

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

- Recibir una factura y un resumen de cuentas mensuales
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) automática desde su cuenta bancaria
Para la EFT, inicie sesión en el portal de primas, en **atriohp.com/oregon/members/member-portal** (atriohp.com/oregon/miembros/portal para miembros).
- Tarjeta de crédito
Para configurar el pago con tarjeta de crédito, inicie sesión en el portal de primas, en **atriohp.com/oregon/members/member-portal** (atriohp.com/oregon/miembros/portal para miembros).
- Débito automático mensual de su cuenta de beneficios de Seguro Social o Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).
Recibo mis beneficios de: Seguro Social Junta de Jubilación Ferroviaria

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

IMPORTANTE: Lea y firme abajo

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

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

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el miembro: _____

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

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

2. Seleccione una opción si desea recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible.

Español En letra grande Otro: _____

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

3. ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

4. ¿Tiene otra cobertura médica o de medicamentos recetados (como Group, VA, TRICARE), además de este plan?

Sí No

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

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura

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

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

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

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

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

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

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

El empleado/agente/accionista debe completar:

Nombre (si ayudaron con la inscripción): _____

Número de identificación de escritura: _____

Fecha de recepción original: _____

Fecha propuesta para la entrada en vigor de la cobertura: _____

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

Firma del representante de ventas autorizado (opcional)

Fecha

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

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

Fax: (602) 975-4071

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

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

Testimonio de elegibilidad para período de inscripción

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

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque el casillero si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros está certificando que, a su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para el período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, usted podrá ser desafiliado.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Salí el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente hice un cambio en mi Medicaid (recién obtuvo Medicaid, tuvo un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién obtuvo Ayuda adicional, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional) el (ingrese fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré a, vivo en o acabo de salir de un centro de atención prolongada (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención prolongada). Me mudé/mudaré al/del centro el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente salí de un programa PACE el (ingrese fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (ingrese fecha) _____.

- Pertenezco a un programa de ayuda de farmacias proporcionado por mi estado.
 - Mi plan terminará el contrato con Medicare, o Medicare terminará el contrato con mi plan.
 - Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero escoger un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese fecha)
 - Estaba inscrito en el Special Needs Plan (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales que se requiere para estar en ese plan. Perdí mi cobertura del SNP el (ingrese fecha)
-

Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe importante (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con ATRIO Health Plans al **1-877-672-8620** (TTY 711) para determinar si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días.

Resumen del plan

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

Información del plan

Mi nuevo plan es un:

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

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

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

Mi plan dará:

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

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

Información de la prima

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

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

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

Información del proveedor de la red

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

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

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

Cobertura de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

NOTA: Mis gastos de bolsillo actuales pueden variar dependiendo de

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

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

al _____ o a Servicio al Cliente al _____.

Después de inscribirse

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



Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es ilegal

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

ATRIO Health Plans:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 1-877-672-8620번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

Obtenga más información ahora.

atriohp.com

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

Servicio al Cliente de ATRIO

1-877-672-8620 (TTY 711)

8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

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

