

2024 Guía para la inscripción

Condado de Orange en California

Socios en atención con proveedores de confianza



Enrolling for Medicare

What to Expect

Medicare made easy.

Your health is personal. Your plan should be, too.

For more than 160 years, Providence has set the health and well-being standard for the community. Our commitment to caring for the whole self – mind, body, and spirit – is rooted in the idea that the healthier each of us are, the healthier we all are.

- 04** Medicare 101: Getting Started
- 06** Additional Medicare Coverage
- 09** Who's Eligible for Original Medicare?
- 10** Providence Medicare Advantage Plans Health and Fitness Perks
- 12** Frequently Asked Questions
- 13** How to Enroll
- 14** What to Expect After Enrolling



Getting Started

Medicare can be hard to understand, but we're here to help.

This guide will tell you about your options for Medicare and help you choose the best one for you. You can't enroll for a Medicare Advantage plan unless you're already enrolled in Original Medicare.



Original Medicare

Original Medicare is basic health coverage from the government. It has two parts: Part A and Part B.

Part A

Hospital insurance

- Inpatient hospital services
- Skilled nursing facility care
- Hospice care
- Home healthcare

You won't have to pay for Part A if you or your spouse paid Medicare taxes for at least 10 years.

Part B

Medical insurance

- Outpatient services
- Doctor visits
- Outpatient lab tests and x-rays
- And more

Part B costs money, and how much you pay depends on your income. The money is usually taken out of your Social Security or Railroad Retirement Board check.

What's not covered?

Original Medicare pays for a lot of medical costs, but not all of them. You will still have to pay for about 20% of your medical costs out of your own pocket.

Original Medicare doesn't cover services like:

- Rx drugs
- Dental
- Vision
- Hearing aids
- Alternative Care

Providence Medicare Advantage Plans can help you pay for more of your medical costs. This can give you peace of mind knowing that you're covered.

Extending Coverage. Controlling Costs.

Additional Medicare Coverage

A lot of people who have Original Medicare also get extra coverage. This can help them pay for things like doctor visits, hospital stays, and prescription drugs.

Extra coverage comes in three forms:

- Medicare Advantage (Part C)
- Prescription Drug Coverage (Part D)
- Medicare Supplement (Medigap)

If you think you might need extra Medicare coverage, Providence has a plan that can help. We have many different plans to choose from, so you can find one that fits your needs.

Part C

Medicare Advantage

Providence Medicare Advantage Plans include Parts A, B, and sometimes Part D (Prescription Drug Coverage). They also offer extra benefits and services that Original Medicare doesn't cover, such as:

- Eyeglasses
- Hearing coverage
- Wellness programs

Original Medicare doesn't have a limit on how much you have to pay out of your own pocket. Providence Medicare Advantage Plans do have an out-of-pocket maximum, which can help you save money.

If you enroll for a Part C plan, you will also continue to pay your Part B premium.



Part D

Prescription Drug Coverage

Original Medicare doesn't pay for prescription drugs. Private insurance companies offer plans to help pay for the cost of prescription drugs. These plans can help you save money on your prescription drugs like:

- Brand-name drugs
- Generic drugs

If you don't enroll for Part D coverage when you enroll for Original Medicare, you will have to pay a late enrollment penalty. This penalty is added to your monthly Part D premium for as long as you have Part D coverage.

Lower income people may qualify for a program called Extra Help to lower your prescription drug costs and sometimes the plans monthly premium.

Medigap

Medicare Supplement Plans*

Medicare Supplement plans are designed to help pay for the costs of Original Medicare that you have to pay out of your own pocket.

Medicare Supplement plans charge you a set amount each month, instead of paying for each service as you use it. With this coverage, you can go to any doctor or specialist who accepts Medicare, anywhere in the country, without a referral.

*Medicare Supplement does not cover prescription drugs, so you will need to pair it with a Medicare Part D plan. Additionally, Medicare Supplement cannot be combined with a Medicare Advantage plan (Part C).



Original Medicare

Who's Eligible?

To get Medicare Parts A and B, you must be a U.S. citizen or have been a permanent legal resident for at least 5 years. You must also be 65 years old or older.

If you're under age 65, you can get Medicare if you:

- Are permanently disabled and have been getting disability benefits for at least 24 months.
- Have end-stage renal disease (ESRD).
- Have Lou Gehrig's disease (ALS).

Enrolling in Medicare at age 65

If you are collecting Social Security or a Railroad Retirement Pension, you will be automatically enrolled into Medicare Parts A and B.

If you are not collecting Social Security or a Railroad Retirement Pension, you will need to apply for Medicare Parts A and B.

- Apply on the Social Security website: [SSA.gov/Benefits/Medicare](https://www.ssa.gov/Benefits/Medicare)
- Visit your local Social Security office
- Call Social Security at **1-800-772-1213** (TTY users can call **1-800-325-0778**) or the Railroad Retirement Board (if you worked there) at **1-877-772-5772**.

To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263** (TTY: 711) or explore and sign up online at ProvidenceTrueHealth.com/Guides.

One plan. Many advantages.

Providence Medicare Advantage Plans

In addition to having many different plans to choose from, our plans also come with many health and fitness benefits that can help you save money and reach your health goals.

Medicare Star Ratings

Every year, Medicare rates health plans on a scale of 1 to 5 stars. These star ratings, given by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), help you compare different plans.

We always aim for the highest rating possible. You can see our current star rating in the folder at the back of this enrollment kit.



myProvidence

You can manage your healthcare online 24/7. You can see your claims history, benefit information, and more. It's secure and convenient.



Hearing Coverage

You can get your hearing checked once a year at no cost to you. If you need hearing aids, you can get up to two of them each year.



Behavioral Health

If you ever need help, your plan has options. We work with doctors and other providers (like licensed therapists, psychologists, and psychiatrists) to make sure you get the care you need.



Post-discharge meals

After you leave an inpatient stay at the hospital, Mom's Meals will give you two meals a day for 14 days. Included in your plan.



Personal Emergency Response System

You can get help 24/7 by pressing a button. A professional will help you and come to you if needed. Included in your plan.



Vision Coverage

No matter which plan you choose, you will get an annual eye exam and \$250 to spend on glasses and/or contact lenses.



\$0 Rx Deductible and Copays

All plans have a \$0 Rx deductible and let you get generic drugs for \$0. Get a 100-day supply of your medications at a reduced cost at mail order and retail pharmacies.



Over-The-Counter

You can get money to buy over-the-counter health and wellness items every quarter. This is available on some plans.



Fitness Membership

All plans include a fitness program through One Pass™. You will get access to a premium network of gyms, plus the ability to use more than one gym at a time. Virtual classes are also available.

Frequently Asked

Questions



Are my medications covered?

A list of covered prescriptions can be found in a prescription drug formulary. This formulary is available online at:

[ProvidenceTrueHealth.com/FormularyGuide](https://www.providencetruehealth.com/FormularyGuide).

If you want a printed copy of the formulary, you can ask for one to be mailed to you by visiting the link above or calling the number below.

Formularies are only available for Part D prescription drug plans.



Where do I find a provider?

You can find a doctor or pharmacy by using our online directory at

[ProvidenceTrueHealth.com/ProviderGuide](https://www.providencetruehealth.com/ProviderGuide).

If you want a printed copy of the directory to be mailed to you, you can call the number below or visit the link above.



Who can I call for help?

We are always here to help. Call us at **1-833-949-0263** (TTY: 711) 8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time) seven days a week (Oct. 1 - Dec. 7) and Monday - Friday (Dec. 8 - Sept. 30).

Providence Medicare Advantage Plans

How to Enroll

There are many ways to enroll for Providence Medicare Advantage Plans. Choose the way that is easiest for you. We are excited to have you join the Providence community.

- Enroll online with our secure enrollment form [ProvidenceTrueHealth.com/EnrollGuide](https://www.providencetruehealth.com/EnrollGuide).
- Enroll by phone by contacting the Providence Medicare Advantage Plans Sales Team at **1-833-949-0263 (TTY: 711)**. Service is available between 8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 - Dec. 7), Monday - Friday (Dec. 8 - Sept. 30).
- Enroll one-on-one by scheduling a meeting with a local agent.
- Enroll via mail or fax by completing an enrollment form and sending to:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548
Fax: 503-574-8653

After you enroll, you will get a letter in the mail saying that we received your request.

- Medicare's annual enrollment period is October 15 - December 7.
- Individuals must have both Part A and Part B to enroll.

What to Expect

After Enrolling



ID card and welcome guide

You will get your member ID card and welcome guide in the mail 7-10 days after we tell you that you are enrolled. The welcome guide has important information about how to use your plan, where to get care, and what your benefits are. If your plan includes flex dental or over-the-counter benefits, your Flexible Benefit Card will come in a separate envelope.



Confirmation and Rx subsidy

After you fill out and send in your enrollment form, you will get a Confirmation of Enrollment letter that says when your coverage starts. If you have a plan with prescription drug coverage and you qualify for extra help, you will get another letter that tells you how much your premium will be and what your prescription drug costs will be.



Within your first 90 days

Within 3 months of enrollment, your Care Management team will send you a health survey, called the Health Risk Assessment, in the mail. This will help us understand your health goals and give you easy access to quality care.

If you want to talk to us sooner, need help finding care, or want to talk to a nurse directly, call **503-574-7247 (TTY: 711)** from 8 a.m. to 5 p.m. (Pacific Time), Monday to Friday.

Once we tell you that you are enrolled, you can stop paying for any Medigap or supplemental insurance that you have.

If you were on a different Medicare Advantage plan or Medicare Cost plan when you enrolled:

- Your old plan will be canceled automatically.
- You don't need to tell your old insurance company. Medicare will take care of it when they transfer you to Providence Medicare Advantage Plans.

If you are new to Medicare and you enroll for a Medicare Advantage or Medicare Cost plan:

- You may have a chance to leave the plan and buy a Medigap policy. This is called a trial period.

Once you enroll for our plan:

- You can usually only make changes between October 15 and December 7.
- In some special cases, Medicare might let you switch to a different plan.

Please contact **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or visit **Medicare.gov** for further information about Medicare benefits and services. TTY users can call **1-877-486-2048** 24 hours a day, seven days a week (Pacific Time).

Notes

Providence Health Assurance is an HMO, HMO-POS and HMO SNP with Medicare and Oregon Health Plan contracts. Enrollment in Providence Health Assurance depends on contract renewal.

The Formulary may change at any time. You will receive notice when necessary.

Every year, Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system.



2024
Benefit
Highlights

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Orange County in California

Partners in care with providers you trust

Providence Medicare Advantage Plans - Parte C



	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
Prima mensual con cobertura de medicamentos con receta	\$0
Dentro de la red	
Deducible médico	\$0
Costo máximo de desembolso	\$400
Lo que usted paga	
Visita al consultorio médico (profesional médico de cabecera, PCP)	\$0
Visita al especialista	\$0
Atención preventiva	\$0
Internación en hospital	\$0
Centro de enfermería especializada	De 1 a 20 días: \$0 De 21 a 100 días: \$50 por día
Cirugía ambulatoria	\$0 ambulatorio \$0 en hospital
Suministros para la diabetes	\$0 - 20 %
Análisis de laboratorio	\$0
Radiografías	\$0
Pruebas de diagnóstico y procedimientos como paciente ambulatorio	\$0
Quiropraxia	24 visitas: \$0
Acupuntura	24 visitas: \$0
Medicina naturista	20 visitas: \$0
Terapia: fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST)	\$0
Equipo médico duradero	20 %
Salud en el hogar	\$0
Telesalud**	\$0 con un PCP o especialista
Cobertura internacional	
Atención de urgencias	\$0
Sala de emergencias*	\$90
Ambulancia (terrestre o aérea)	\$50 por traslado solo de ida o de vuelta

*El copago no aplica si ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.

**Pagará el costo compartido que se aplica a los servicios. Pueden aplicarse otros cargos y limitaciones. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura.

Providence Health Assurance es un plan HMO, HMO-POS y HMO SNP, con contratos de Medicare y del Plan de Salud de Oregon. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

Cobertura de farmacia - Parte D

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Deducible anual	\$0	
	Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
Medicamento genérico preferido	\$0	\$0
Medicamento genérico	\$0	\$0
Medicamento de marca preferido	\$37	\$74
Medicamento no preferido	\$100	\$300
Medicamento especializado	33 %	No disponible

Pedidos por correo de medicamentos de mantenimiento: obtenga un suministro de hasta 100 días directamente en su hogar desde nuestras farmacias de pedidos por correo de la red. Los copagos que figuran solo corresponden a las farmacias preferidas de la red; es posible que los copagos de otras farmacias cuesten más. Usted continúa pagando los costos compartidos de los Niveles 1 y 2 cuando esté en la Etapa 2 del Período sin cobertura. El resto de los costos compartidos será del 25 %.

En cuanto a todos los productos de insulina de la Parte D, usted pagará no más de \$35 al mes. En cuanto a todas las vacunas de la Parte D recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), no tendrá costos compartidos.

El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario.

Etapa inicial	Período sin cobertura
Etapa 1	Etapa 2
La Etapa 2 comienza cuando el total que usted y el plan pagaron alcanza los \$5,030.	Usted continúa pagando los costos compartidos de los Niveles 1 y 2 cuando esté en la Etapa 2 del Período sin cobertura. El resto de los costos compartidos será del 25 %. Se mantiene en esta etapa hasta que sus costos de desembolso alcancen los \$8,000. Luego, no paga nada.

Cuidado dental, de la vista, la audición y más

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Tarjeta de beneficios flexible	
Flex dental	\$3,100 para gastar por año
Productos de venta libre	\$150 para gastar por trimestre
Examen de la vista de rutina (uno por año)	\$0
Lentes de contacto o anteojos recetados*	\$250 para gastar por año
Examen de la audición de rutina (uno por año)**	\$0
Audífonos (dos por año)**	De \$399 a \$699 por audífono
Envío de comidas tras una internación en un hospital	\$0 - dos comidas por día durante 14 días
Sistema personal de respuesta en caso de emergencia	\$0
Membresía en un centro de acondicionamiento físico	\$0
Pelucas para la pérdida de cabello por quimioterapia	\$0 para pelucas de cabello sintético, 1 peluca por año
Beneficio de transporte médico no urgente	\$0 para 60 traslados de ida o de vuelta por año

*Usted es responsable de cualquier costo que supere el monto permitido para los lentes de contacto o anteojos recetados.

**Debe atenderse con proveedor de TruHearing. Pueden aplicarse otros cargos y limitaciones.





Want to learn more?

Here is how to connect with us.



Call us for information, to enroll, or to make a personal appointment at

1-833-949-0263 (TTY: 711)

8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 – Dec. 7)

Monday – Friday (Dec. 8 – Sept. 30)



Check us out online for more information or to enroll at

ProvidenceTrueHealth.com/OC

Lista de verificación

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda en su totalidad nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del servicio al cliente al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Entender los beneficios

- ✓ La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece 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 [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.providencehealthassurance.com/EOC) o llame al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340 (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 ve ahora se encuentran en la red. Si no están indicados, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- ✓ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para sus medicamentos recetados se encuentra en la red. Si la farmacia no está indicada, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ✓ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan (incluidos los planes con primas de \$0), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque de Seguro Social todos los meses. La prima de la Parte B está cubierta para las personas inscritas con beneficios completos con doble elegibilidad que son elegibles para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- ✓ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar todos los años.
- ✓ Cuando seleccione un producto de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO), recuerde que, excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores que estén fuera de la red (médicos que no están indicados en el directorio de proveedores).
- ✓ Nuestros planes HMO-POS le permiten ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una emergencia o situación urgente, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, usted pagará un copago mayor por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- ✓ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Podrá inscribirse si se verifica que tiene derecho a Medicare y a asistencia médica de un plan estatal de Medicare.
- ✓ Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura se puede ver afectada cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, cuando comience su cobertura de Medicare Advantage, le convendría cancelar su póliza de Medigap, porque de lo contrario, estaría pagando una cobertura que no puede usar.

Formulario de solicitud para la inscripción en Medicare Advantage para 2024

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a un Plan de Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

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

Importante: Para unirse a un Plan de Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro de hospital).
- Medicare Parte B (Seguro médico).

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1 de enero).
- Antes de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que tiene permitido unirse o cambiarse de plan.

Visite **Medicare.gov** para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Tenga en cuenta: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, no le pueden negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que las primas se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio de Seguro Social mensual o del de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (*Railroad Retirement Board*, RRB).

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información salvo que tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias sobre cómo 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los elementos que recibamos que no sean sobre cómo mejorar este formulario o la carga que implica su recopilación (descrito en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se guardarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completado y firmado a través de una de las tres opciones que se presentan a continuación: Cuando procesen su solicitud, se comunicarán con usted.

01 Por correo:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

02 Escanee y envíe las páginas por fax a:
503-574-8653

03 Escanee y envíe las páginas por correo electrónico a:
provMedicare@providence.org

¿Cómo recibo ayuda para completar este formulario?

- Call Providence Medicare Advantage Plans at **503-574-6508** or **1-855-234-2495 (TTY: 711)**.
- Or, call Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. TTY: **1-877-486-2048**.
- En español: Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o **1-855-234-2495/TTY: 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas en situación de calle

Si desea unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar un apartado de correos, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., los cheques del seguro social) como su dirección de residencia permanente.

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

Seleccione el plan al que desea unirse:

Providence Medicare Sycamore + RX (HMO) - \$0 por mes

Nombre _____ Apellido _____ In. del 2.º nombre (Opcional) _____
_____/____/____ ()
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) SEXO: Masculino Número de teléfono
 Femenino

Dirección de residencia permanente (no ingrese un PO Box)

Ciudad Condado (opcional) Estado Código postal

Correo electrónico

Dirección postal, si es diferente a la dirección permanente (PO Box permitida):

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Su información de Medicare:

_____-_____-_____
Número de Medicare

_____/____/_____
Cobertura hospitalaria (Parte A)
Fecha de entrada en vigencia (opcional)

_____/____/_____
Cobertura médica (Parte B)
Fecha de entrada en vigencia (opcional)

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura además de la de Providence Medicare Advantage Plans? Sí No

Algunas personas pueden tener otra cobertura, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, la cobertura de beneficios médicos del empleado federal, los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) o los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

Si es así, identifique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura

Número de ID para esta cobertura

Número de grupo para esta cobertura

Marque todas Médica Visual Dental Medicamentos recetados
las opciones que
correspondan:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en Providence Medicare Advantage Plans.
- Al participar en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Providence Medicare Advantage Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (ver la declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan de Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes de MA PFFS, MA MSA).
- La información que aparece en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que, cuando comienza mi cobertura de Providence Medicare Advantage Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Providence Medicare Advantage Plans. Los beneficios y servicios proporcionados por Providence Medicare Advantage Plans y contenidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Providence Medicare Advantage Plans (también conocido como un contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Providence Medicare Advantage Plans pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que si mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) aparece en esta solicitud, significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por las leyes estatales a completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta potestad está disponible si Medicare la solicita.

Firma _____/____/____
Fecha de hoy

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre _____
Dirección
() - _____

Número de teléfono _____
Vínculo con el inscrito

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE

Nombre del agente _____/____/____
Fecha

N.º de NPN _____/____/____
Fecha solicitada de cobertura

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura si no las responde.

¿Es de origen hispano, latino o español? Marque todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español Sí, otro origen hispano, latino o español
 Sí, mexicano, mexicanoestadounidense, chicano **Elijo no responder**
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano

¿Cuál es su raza? Marque todo lo que corresponda.

- Indígena americana o nativa de Alaska Japonesa Vietnamita
 India asiática Coreana Blanca
 Negra o afroamericana Nativa de Hawái **Elijo no responder**
 China Otra asiática
 Filipina Otra isleña del Pacífico
 Guameña o chamorra Samoana

Indique su profesional médico de cabecera (PCP), clínica o centro médico:

Si no indica un PCP, se le asignará uno.

Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en español.

Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en vietnamita.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al **1-800-603-2340** o al **503-574-8000** si necesita información en un formato accesible diferente de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?

Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

Sí No

Pago de las primas de su plan

Puede pagar por correo la prima de su plan mensual (y también las sanciones de inscripción tardía que pueda tener adeudadas) todos los meses. **También puede pagar su prima con un descuento automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.**

Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto extra además de la prima de su plan. El monto usualmente se quita del beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague la IRMAA de la Parte D a Providence Medicare Advantage Plans.

Seleccione una opción de pago de prima:

Reciba una factura mensual - Una vez que reciba su primera factura, puede elegir una opción de pago diferente:

- **Puede pagar con tarjeta de crédito/débito, cuenta de cheques/ahorros:** Los pagos únicos o recurrentes pueden realizarse a través de su cuenta myProvidence en **myProvidence.com** o a través del sitio web de Providence en **Providence.org/PremiumPay**.
- **Puede pagar por teléfono:** El autoservicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al **1-844-791-1468, TTY: 711**.

Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(El descuento del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB lo aprueban. Puede que reciba una factura durante los primeros meses antes de que la retención comience. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para obtener el descuento automático, le enviaremos una carta y facturas en papel para sus primas mensuales).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan 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 de la Ley de Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.

Certificado de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si aplica a usted.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted confirma que, según tiene entendido, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, se anulará su inscripción.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare. | <input type="checkbox"/> Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados (hace poco obtuve el beneficio adicional, tuve un cambio en el nivel del beneficio adicional o perdí el beneficio adicional) el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado. |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre). | <input type="checkbox"/> Recientemente "abandoné" un programa de atención integral para los adultos mayores (PACE) (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante un período de inscripción especial (indique la inscripción especial usada). _____ | <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo un beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados, pero no tuve un cambio. |
| <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) (del 1 de enero al 31 de marzo). | <input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o me fui de uno recientemente (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro el (indique la fecha): ____ / ____ / ____
Me mudé/mudaré del centro el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> 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 (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Recientemente me liberaron del encarcelamiento. Me liberaron el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Recientemente volví a los EE. UU. después de vivir fuera de los EE. UU. de manera permanente. Volví a los EE. UU. el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | |

- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan (indique la fecha): ____ / ____ / ____
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha): ____ / ____ / ____
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Anularon mi inscripción en el Plan de necesidades especiales el (indique la fecha): ____ / ____ / ____
- Fui perjudicado por un cambio significativo en la red de mi plan actual y se me notificó el (indique la fecha): ____ / ____ / ____
- Recientemente recibí una notificación de una determinación de derecho a Medicare para una fecha de entrada en vigencia retroactiva. (Adjunte una copia de su notificación de determinación). Recibí la notificación el (indique la fecha): ____ / ____ / ____
- Fui perjudicado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o una entidad gubernamental local, estatal o federal).

Una de las otras afirmaciones que aparecen aquí se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Nombre de la catástrofe que lo afectó:

Período de elegibilidad no cumplido debido a la catástrofe: (por ejemplo: período de inscripción inicial, período de inscripción anual, período de inscripción abierta o período de inscripción especial).

Si una de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al **1-800-603-2340** o al **503-574-8000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).



2024

Resumen de

Beneficios

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este plan está disponible en el condado de Orange, California.

Cuando se Afilia a Providence

Usted no solo forma parte de una póliza de seguros, sino de una comunidad de atención centrada en su salud y bienestar. Este Resumen de Beneficios se brinda para ayudarlo a tomar las decisiones de atención médica correctas. Es una breve guía sobre lo que cubriríamos y lo que a usted le correspondería pagar si se afilia al plan Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Para mayor claridad, este no es un desglose completo de los beneficios, y no se enumeran todos los servicios que cubrimos ni figuran todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Puede solicitar una copia impresa en el sitio web [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC) o llamando a nuestro departamento de Servicio al Cliente a uno de los números incluidos en la sección “Póngase en contacto”, que figura a continuación.

Resumen del Plan

Providence Health Assurance es una HMO, HMO-POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare, así como algunos beneficios adicionales detallados en este resumen.

¿Quién Puede Afiliarse?

Para afiliarse a nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye el condado de Orange, California.

Póngase en Contacto

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

- + Si es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-603-2340 (TTY: 711).
- + Si no es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-457-6064 (TTY: 711).
- + También puede visitarnos por Internet, en [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com).

Recursos Útiles

- + Visite [ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) para ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de nuestro plan o para solicitar una copia impresa. También puede llamarnos para que le enviemos una copia impresa por correo.
- + ¿Desea ver el formulario de nuestro plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D), incluidas las restricciones? Visite [ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary) o llámenos para obtener una copia impresa.
- + Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted) vigente; véalo en Internet, en www.Medicare.gov, o solicite una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Prima Mensual del Plan	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible Médico Anual	\$0 No hay deducible médico.
Responsabilidad de la Cantidad Máxima que Paga de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Su(s) límite(s) anual(es) para este plan: Dentro de la red: \$400

Beneficios		Dentro de la Red
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados ¹		Copago de \$0
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Externos ¹		Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario
Servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹		Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio
Consultas al Doctor	Consulta con un Proveedor de Atención Primaria	Copago de \$0
	Consulta con un Especialista ²	Copago de \$0
Atención Preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, vacunas, vacunas antigripales)		No paga nada
Atención de Emergencia		Copago de \$90 Si usted es ingresado al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de emergencia.
Servicios de Urgencia		Copago de \$0

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

² Es posible que los servicios requieran una remisión de su doctor.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Beneficios		Dentro de la Red
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes	Servicios Radiológicos de Diagnóstico (como resonancias magnéticas, ecografías y tomografías computarizadas) ¹	Copago de \$0
	Servicios Radiológicos Terapéuticos ¹	Copago de \$50
	Radiografías para Pacientes Externos	Copago de \$0
	Pruebas y Procedimientos de Diagnóstico ¹	Copago de \$0
	Servicios de Laboratorio ¹	Copago de \$0
Servicios Auditivos	Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$0
	Examen de Rutina	Copago de \$0
	Audífonos	Copago de \$399 por audífonos Advanced o copago de \$699 por audífonos Premium
Servicios Odontológicos	Cubiertos por Medicare	Copago de \$0
	Otros/No Cubiertos por Medicare	Asignación de \$3,100 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección
Servicios de la Vista	Exámenes ² /Pruebas de Detección Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por examen Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma
	Examen de Rutina	No se requiere coseguro ni copago para un examen de la vista de rutina (incluida una refracción) por año calendario.
	Lentes y Accesorios Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas
	Anteojos o Lentes de Contacto de Rutina	Asignación de hasta \$250 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

² Es posible que los servicios requieran una remisión de su doctor.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Beneficios		Dentro de la Red
Servicios de Salud Mental	Consulta para Pacientes Internados ¹	Copago de \$0
	Consulta de Terapia Grupal o Individual ¹ para Pacientes Externos ¹	Copago de \$0
Centro de Enfermería Especializada (SNF) ¹		Copago de \$0 por día para los días 1-20 y copago de \$50 por día para los días 21-100
Fisioterapia ¹		Copago de \$0
Ambulancia ¹		Copago de \$50
Transporte		Copago de \$0 por 60 viajes sencillos (máximo de 25 millas cada uno)
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹		0% - 20% del costo total (costo compartido de insulina hasta \$35 por mes)
Atención Alternativa (límite de consultas)		Quiropráctica: copago de \$0, 24 consultas por año calendario Acupuntura: copago de \$0, 24 consultas por año calendario Naturópata: copago de \$0, 20 consultas por año calendario
Atención Odontológica (límite de beneficios combinados para servicios preventivos e integrales)		Asignación de \$3,100 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección
Programa de Entrega de Comidas (solo después del alta)		Copago de \$0 para 2 comidas al día durante 14 días, después de una hospitalización calificada
Artículos de Venta Libre		Asignación de \$150 cada tres meses (tarjeta de venta minorista, pedidos por catálogo, en línea, por correo y por teléfono)
Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (Personal Emergency Response System, PERS)		Copago de \$0
Programa de Bienestar		Copago de \$0 para una membresía mensual en gimnasios participantes
Peluca		No se requiere coseguro ni copago para una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por quimioterapia.

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

² Es posible que los servicios requieran una remisión de su doctor.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Deducible para medicamentos con receta	
Deducible Anual (se aplica a todos los niveles)	No hay deducible para medicamentos con receta en este plan.

Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos son el total de los costos de los medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias de pedido por correo.
-------------------	---

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 100 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 (Marca Preferida)	Copago de \$37 (Copago de \$35 por insulina)	Copago de \$74 (Copago de \$35 por insulina)	Copago de \$74 (Copago de \$35 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (De Especialidad)	33% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Costo Compartido Minorista Estándar			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 100 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$16	Copago de \$32	Copago de \$48
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Nivel 3 (Marca Preferida)	Copago de \$37 (Copago de \$35 por insulina)	Copago de \$74 (Copago de \$70 por insulina)	Copago de \$111 (Copago de \$105 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (De Especialidad)	33% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero puede que pague más que en una farmacia dentro de la red. Puede obtener medicamentos de una farmacia estándar dentro de la red, pero puede que pague más que en una farmacia preferida dentro de la red.

Período sin Cobertura (se aplica a todos los niveles)	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período de falta de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual de sus medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$5,030.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga su costo compartido del Nivel 1 por los medicamentos del Nivel 1 (Genérico preferido), su costo compartido del Nivel 2 por los medicamentos del Nivel 2 (Genérico), no más de \$35 cada mes por la insulina, el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos, y el 25% del costo del plan por otros medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$8,000, que indica el final del período sin cobertura. No todas las personas entrarán en el período sin cobertura.</p>
--	---

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 100 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 (De Especialidad)	25% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Costo Compartido Minorista Estándar			
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$16	Copago de \$32	Copago de \$48
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$70 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$105 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 (De Especialidad)	25% del costo total	No está cubierto	No está cubierto
Cobertura en Situaciones Catastróficas (se aplica a todos los niveles)	Luego de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$8,000, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.		

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos en el que se encuentre.

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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711)。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 1-800-603-2340 (TTY: 711)。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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711) 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711) 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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、1-800-603-2340 (TTY: 711)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。

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Clasificación de estrellas de Medicare 2024

Providence Medicare Advantage Plans - H9047

Official U.S.
Government
Medicare
Information



Para 2024, Providence Medicare Advantage Plans - H9047 recibió las siguientes clasificaciones de estrellas de Medicare:

Clasificación de estrellas en general: ★★★★★

Clasificación de servicios de salud: ★★★★★

Clasificación de servicios de fármacos: ★★★★★

 **Providence**
Medicare Advantage Plans

Todos los años, Medicare evalúa los planes según un sistema de clasificación de 5 estrellas.

Por qué son importantes las clasificaciones de estrellas

Medicare clasifica los planes de sus servicios de salud y fármacos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes basándose en la calidad y el rendimiento.

Las clasificaciones de estrellas se basan en factores que incluyen:

- Opiniones de los miembros sobre del servicio y la atención del plan
- La cantidad de miembros que se fueron o se quedaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare del plan
- Datos de los médicos y hospitales que trabajan con el plan

La cantidad de estrellas muestra lo bien que funciona un plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ POR ENCIMA DEL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ POR DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ MAL

Cuantas más estrellas, mejor es el plan, por ejemplo, los miembros pueden recibir mejor atención y un servicio al cliente mejor y más rápido.

Obtenga más información sobre las clasificaciones de estrellas en Internet

Compare las clasificaciones de estrellas para este y otros planes en Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

¿Tiene preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, al 800-457-6064 (gratis) o 711 (TTY). Los miembros actuales deben llamar al 800-603-2340 (gratis) o 711 (TTY).

Alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*) requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing* antes de cualquier reunión individual de ventas para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información brindada en este formulario es confidencial y cada persona con Medicare o su representante autorizado debe completar el formulario.

Escriba sus iniciales a continuación al lado de los tipos de productos sobre los que desea que el agente hable.

(Consulte la página 2 para obtener las descripciones de los tipos de productos)

- Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**
- Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo**
- Productos dentales/de la vista/de la audición**
- Productos de indemnización por hospitalización**
- Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que le hablará de los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que esta persona reciba una remuneración en función de su inscripción en un plan. La firma de este formulario **NO** le obliga a inscribirse en un plan ni afecta su inscripción actual o futura en Medicare ni le inscribe automáticamente en los planes analizados.

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

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre abajo:

Nombre del representante:

Relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método de contacto inicial: (Indicar aquí si el beneficiario no tenía cita previa).

Firma del agente:

Planes que el agente presentó durante esta reunión:

Fecha en que se llevó a cabo la cita:

Agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el alcance de la cita (*Scope of Appointment, SOA*) antes de la reunión:

*La documentación del Alcance de la cita está sujeto a los requisitos de conservación de registros de los CMS.

Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)
Plan de medicamentos recetados (<i>Prescription Drug Plan, PDP</i>) de Medicare: Un plan de medicamentos independiente que agrega la cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos Planes de costo de Medicare, algunos Planes privados de tarifa por servicio de Medicare y Planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare.
Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo
Organización para el Mantenimiento de la Salud (<i>Health Maintenance Organization, HMO</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted puede obtener atención únicamente de médicos u hospitales que están dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).
Plan de Organización de Proveedores Preferidos (<i>Preferred Provider Organization, PPO</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero usted puede usar los proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más elevado.
Plan privado de tarifa por servicio (<i>Private Fee-For-Service, PFFS</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage en el que puede acudir a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y acceda a atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se une a un Plan PFFS que dispone de una red, puede consultar a cualquiera de los proveedores dentro de la red que han acordado atender siempre a los miembros del plan. Usted generalmente pagará más para consultar a proveedores fuera de la red.
Plan de Punto de servicio (<i>Point of Service, POS</i>) de Medicare: Un tipo de Plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que en una HMO, los miembros deben designar a un médico dentro de la red como su proveedor de atención médica primaria. Puede acudir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.
Plan de necesidades especiales (<i>Special Needs Plan, SNP</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Ejemplos de los grupos específicos a los que se le brinda atención son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en hogares para el cuidado de personas mayores y que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.
Plan de cuenta de ahorros médicos (<i>Medical Savings Account, MSA</i>) de Medicare: Los Planes MSA combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.
Plan de costo de Medicare: En un Plan de costo de Medicare, usted puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán en virtud de Original Medicare, pero usted será responsable del coseguro y de los deducibles de Medicare.
Plan Medicaid-Medicare (<i>Medicare Medicaid Plan, MMP</i>): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para brindar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para los beneficiarios de Medicare con doble elegibilidad.
Productos dentales/de la vista/de la audición
Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.
Productos de indemnización por hospitalización
Planes que ofrecen beneficios adicionales, que deben pagar los consumidores en función del uso de los servicios médicos; a veces se utilizan para pagar los copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.
Productos complementarios de Medicare (Medigap)
Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir las “brechas” de la cobertura de Original Medicare. Una póliza de Medigap suele pagar una parte o la totalidad de los montos de los deducibles y coseguros aplicables a los servicios cubiertos por Medicare, y, a veces, cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención en el extranjero. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Providence Health Assurance es un plan HMO, HMO-POS y HMO SNP con un contrato de Medicare y del Plan de Salud de Oregon. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711)。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 1-800-603-2340 (TTY: 711)。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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711) 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711) 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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、1-800-603-2340 (TTY: 711)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。



¿Quiere saber más?

Esta es la forma de comunicarse con nosotros.



Llámenos para obtener información, para inscribirse o para concertar una cita personal al

1-833-949-0263 (TTY: 711)

De 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana (del 1 de octubre al 7 de diciembre), de lunes a viernes (del 8 de diciembre al 30 de septiembre)



Búsquenos en línea para obtener más información o para inscribirse en

ProvidenceTrueHealth.com/OC