

Anexo a la Evidencia de Cobertura, el Aviso Anual de Cambios y el Resumen de Beneficios de 2023

Esta es información importante relacionada con cambios en la cobertura de 2023.

Este aviso se refiere a cambios para ahorrar costos en los beneficios de Medicare Advantage de 2023. Estos cambios en los beneficios para ahorrar costos forman parte de la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA). La IRA permitirá a los beneficiarios de Medicare ahorrar dinero reforzando el programa de Medicare y reduciendo los costos de los medicamentos.

La IRA exige a las compañías farmacéuticas que suben los precios de los medicamentos más rápido que la tasa de inflación que paguen a Medicare un reembolso. A estos Medicare los llama "medicamentos reembolsables de la Parte B". **A partir del 1 de abril de 2023**, algunos medicamentos reembolsables de la Parte B podrían estar sujetos a un coseguro más bajo. Es posible que los miembros de los planes de Providence Medicare Advantage tengan reducciones en el coseguro para estos medicamentos reembolsables de la Parte B. A partir del 1 de enero de 2023, la IRA exige que, con un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, usted no pague más de \$35 por un suministro para un mes de productos de insulina cubiertos. **A partir del 1 de julio de 2023**, en virtud de la Parte B de Medicare, los miembros de los planes de Providence Medicare Advantage que se administren insulina a través de una bomba cubierta por el equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) de Medicare no pagarán más de \$35 por un suministro para un mes de insulina cubierta.

No es necesario responder a este aviso, pero le recomendamos que conserve esta información para consultarla en el futuro. Para obtener más información sobre los beneficios, consulte la Evidencia de Cobertura que se encuentra en ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Providence Health Assurance es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un POS de una HMO y un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación de los contratos.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) ofrecido por Providence Health Assurance

Aviso Anual de Cambios para 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro de Providence Medicare Summit + Rx (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital)
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos
- Verifique los cambios en la Lista de Medicamentos de 2023 para asegurarse que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto cancelará su inscripción con Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana.
- Esta información está disponible en múltiples formatos, entre ellos tamaño de letra grande y braille.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

- Providence Health Assurance es una HMO, HMO-POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare y el Plan de salud de Oregón. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

H9047_2023ANOC47_M

MDC-507_SP

Aviso Anual de Cambios para 2023
Índice

Resumen de Costos Importantes para 2023..... 4

SECCIÓN 1 A Menos Que Elija Otro Plan, Será Inscrito Automáticamente en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) en 2023 8

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año 8

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual..... 8

Sección 2.2 – Cambios en el Monto Máximo que Paga de Su bolsillo 9

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias..... 10

Sección 2.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos 11

Sección 2.5 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos con Receta de la Parte D 35

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos 40

SECCIÓN 4 Cómo Decidir qué Plan Elegir 42

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)..... 42

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 42

SECCIÓN 5 Plazo para el Cambio de Plan..... 43

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare 44

SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta..... 44

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas? 45

Sección 8.1 – Cómo Recibir Ayuda de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)..... 45

Sección 8.2 – Cómo Recibir Ayuda de Medicare..... 46

Resumen de Costos Importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.</p>	\$59	\$35
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$5,500 cuando utiliza su beneficio de la red</p> <p>\$10,000 cuando utiliza su beneficio de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS)</p>	<p>\$4,800 cuando utiliza su beneficio de la red</p> <p>\$10,000 cuando utiliza su beneficio de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS)</p>
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria Dentro de la Red: Copago de \$5 por consulta</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$25 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas Dentro de la Red: Copago de \$40 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$50 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria Dentro de la Red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$25 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas Dentro de la Red: Copago de \$35 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$50 por consulta</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Hospitalizaciones Dentro de la Red:</p> <p>Copago de \$375 por día para los días 1-4 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 5 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalizaciones cuando utiliza su beneficio de POS:</p> <p>40% del costo total por admisión para atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare</p>	<p>Hospitalizaciones Dentro de la Red:</p> <p>Copago de \$325 por día para los días 1-6 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 7 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare</p> <p>Hospitalizaciones cuando utiliza su beneficio de POS:</p> <p>30% del costo total por admisión para atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$240</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: \$4 por receta en una farmacia de la red preferida o \$14 por receta en una farmacia de la red 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$16 por receta en una farmacia de la red

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 2: \$13 por receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por receta en una farmacia de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 2: \$10 por receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por receta en una farmacia de la red
	<p>\$10-\$20 para Insulinas Selectas por mes.</p>	<p>La cobertura adicional para Insulinas Selectas no está disponible.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: \$47 por receta en una farmacia de la red preferida o \$47 por receta en una farmacia de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 3: \$47 por receta en una farmacia de la red preferida o \$47 por receta en una farmacia de la red
	<p>\$35 para Insulinas Selectas por mes.</p>	<p>Usted no paga más de \$35 por un suministro para un mes de Insulinas Selectas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por receta en una farmacia de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por receta en una farmacia de la red

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: 28% del costo total en una farmacia de la red preferida o 28% del costo total en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 6: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$0 por receta en una farmacia de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 6: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$0 por receta en una farmacia de la red

SECCIÓN 1 A Menos Que Elija Otro Plan, Será Inscrito Automáticamente en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) en 2023

El 1 de enero de 2023, Providence Health Assurance combinará Providence Medicare Summit + Rx (HMO-POS) con uno de nuestros planes, Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Providence Medicare Summit + Rx (HMO-POS) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2023, como miembro de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2022, lo inscribiremos automáticamente en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2023, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). Si desea cambiar de plan, o cambiarse a Original Medicare, deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional”, quizás pueda cambiar de plan en otro momento.

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$59	\$35
Prima mensual de la cobertura odontológica complementaria opcional	<u>Providence WA Dental Basic</u> \$34.10	<u>Providence WA Dental Basic</u> \$34.10 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual de la cobertura odontológica complementaria opcional	<u>Providence WA Dental Enhanced</u> \$48.00	<u>Providence WA Dental Enhanced</u> No hay cambios para el próximo año de beneficios.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en el Monto Máximo que Paga de Su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” para el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$5,500 Dentro de la Red</p> <p>\$10,000 Fuera de la Red</p>	<p>\$4,800 Dentro de la Red</p> <p>\$10,000 Fuera de la Red</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,800 de su bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores Dentro de la Red, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p> <p>Los servicios dentro y Fuera de la Red se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Si consulta con proveedores tanto dentro como Fuera de la Red, o sólo con proveedores Fuera de la Red, los costos máximos que paga de su bolsillo serán de \$10,000 para 2023.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias

En nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider se encuentra un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2023* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2023* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos asistirlo.

Sección 2.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total para una prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal cuando utiliza su beneficio de POS.	Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total para una prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal cuando utiliza su beneficio de POS.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare. Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare. Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.
Acupuntura (no cubierta por Medicare)	Dentro y Fuera de la Red Los servicios de acupuntura de rutina <u>no</u> están cubiertos.	Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de acupuntura de rutina. El plan cubre hasta \$500 cada año para servicios de rutina de quiropráctica, acupuntura y naturopatía combinados. Fuera de la Red Los servicios de acupuntura de rutina <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Examen físico anual de rutina	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por un examen físico anual de rutina cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por un examen físico anual de rutina cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
Consulta anual de bienestar	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por una consulta anual de bienestar cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por una consulta anual de bienestar cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
Medición de la masa ósea	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por una medición de la masa ósea cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por una medición de la masa ósea cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por una mamografía de control cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por una mamografía de control cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$10 por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por cada consulta intensiva de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por cada consulta intensiva de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare, que se cubre una vez cada 5 años cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare, que se cubre una vez cada 5 años cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por un examen pélvico y de Papanicolaou preventivo cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por un examen pélvico y de Papanicolaou preventivo cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios de quiropráctica (cubiertos por Medicare)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de quiropráctica (no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Los servicios de quiropráctica de rutina <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$20 por cada consulta quiropráctica de rutina cubierta por Medicare. El plan cubre hasta \$500 cada año para servicios de rutina de quiropráctica, acupuntura y naturopatía combinados. Fuera de la Red Los servicios de quiropráctica de rutina <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS. Usted paga el 40% del costo total para los miembros elegibles por cada enema de bario de detección cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS. Usted paga el 30% del costo total para los miembros elegibles por cada enema de bario de detección cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (incluidos los preventivos de rutina)</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada consulta odontológica preventiva en la que se lleve a cabo cualquiera de los siguientes servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos evaluaciones en total por año calendario, incluyendo un máximo de una evaluación integral cada 36 meses y una evaluación oral limitada cada 12 meses • Dos limpiezas (excluidas las limpiezas periodontales) por año calendario • Cualquier combinación de radiografías de aleta de mordida, dos por año calendario, o una radiografía de diagnóstico de boca completa, lo que representa un total de dos • Tratamiento paliativo de emergencia (sólo si no se han realizado otros servicios que no sean el examen y las radiografías en la misma fecha) <p>Fuera de la Red</p> <p>Los servicios odontológicos preventivos de rutina Fuera de la Red <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta odontológica preventiva en la que se lleve a cabo cualquiera de los siguientes servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos evaluaciones en total por año calendario, incluyendo un máximo de una evaluación integral cada 36 meses y una evaluación oral limitada cada 12 meses • Dos limpiezas (excluidas las limpiezas periodontales) por año calendario • Cualquier combinación de radiografías de aleta de mordida, dos por año calendario, o una radiografía de diagnóstico de boca completa, lo que representa un total de dos • Tratamiento paliativo de emergencia (sólo si no se han realizado otros servicios que no sean el examen y las radiografías en la misma fecha)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta odontológica cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta odontológica cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios odontológicos (otros, no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Otros servicios odontológicos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Recibe una tarjeta de débito para odontología precargada, con una prestación máxima de \$250 por año calendario. Puede utilizar esta tarjeta para pagar cualquier servicio odontológico en la clínica dental de su elección. Los fondos no utilizados vencen después de las 11:59 p.m. del 31 de diciembre de cada año y no se transfieren al año siguiente.</p>
<p>Prueba de detección de depresión</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por una consulta anual de detección de depresión cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por una consulta anual de detección de depresión cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Prueba de detección de diabetes</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada prueba de detección de diabetes cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada prueba de detección de diabetes cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga el 20% del costo total por zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por el equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por el equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$70 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios auditivos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por exámenes auditivos diagnósticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por exámenes auditivos diagnósticos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por exámenes auditivos diagnósticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por exámenes auditivos diagnósticos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Prueba de detección de VIH</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por las pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por las pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Tratamiento de infusión a domicilio</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por el tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por el tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Atención en un hospicio</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$5 por servicios de consulta de hospicio obtenidos en el consultorio de un proveedor de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por servicios de consulta de hospicio obtenidos en el consultorio de un especialista.</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de hospicio obtenidos en el consultorio de un proveedor de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por servicios de consulta de hospicio obtenidos en el consultorio de un especialista.</p>
<p>Inmunizaciones</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por todas las demás inmunizaciones cubiertas por Medicare, incluida la hepatitis B, cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por todas las demás inmunizaciones cubiertas por Medicare, incluida la hepatitis B, cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$375 por día para los días 1-4 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 5 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada hospitalización cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$325 por día para los días 1-6 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 7 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada hospitalización cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$375 por día para los días 1-4 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 5 en adelante por los servicios de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$325 por día para los días 1-5 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 6 en adelante por los servicios de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Terapia médica nutricional</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por servicios de terapia médica nutricional no cubiertos por Medicare e indicados por un médico cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por servicios de terapia médica nutricional no cubiertos por Medicare e indicados por un médico cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por el MDPP cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por el MDPP cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de Naturopatía</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Los servicios de naturopatía de rutina <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de naturopatía cubierta por Medicare. El plan cubre hasta \$500 cada año para servicios de rutina de quiropráctica, acupuntura y naturopatía combinados. Fuera de la Red Los servicios de naturopatía de rutina <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada servicio de tratamiento para el consumo de opioides cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada servicio de tratamiento para el consumo de opioides cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$15 por día para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada radiografía, ecografía, suministros y servicios radiológicos terapéuticos, procedimientos especiales de imágenes y pruebas especiales de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por vendajes y suministros, entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por servicios de sangre, de laboratorio y otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada radiografía, ecografía, suministros y servicios radiológicos terapéuticos, procedimientos especiales de imágenes y pruebas especiales de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por vendajes y suministros, entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por servicios de sangre, de laboratorio y otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$90 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$70 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$90 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por día para las radiografías cubiertas por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$70 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$70 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$290 por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Fuera de la Red Usted paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por servicios de sangre, de laboratorio y otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total para servicios de radiología y radiografías cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga un copago de \$70 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por servicios de sangre, de laboratorio y otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total para servicios de radiología y radiografías cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Usted paga el 40% del costo total para los suministros médicos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo total para los suministros médicos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la Red</p>	<p>Dentro de la Red</p>
	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de tratamiento intensivo para pacientes externos cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de tratamiento intensivo para pacientes externos cubierta por Medicare.</p>
	<p>Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p>
	<p>Fuera de la Red</p>	<p>Fuera de la Red</p>
	<p>Usted paga el 40% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Usted paga el 40% del costo total por cada consulta intensiva de terapia ambulatoria cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de tratamiento intensivo cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	
<p>Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y en centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$275 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$275 por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$90 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS. Usted paga el 40% del costo total por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS. Usted paga el 40% del costo total para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$290 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$290 por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$70 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS. Usted paga el 30% del costo total por cada servicio quirúrgico hospitalario para pacientes externos cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS. Usted paga el 30% del costo total para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Artículos de venta libre</p>	<p>Usted tiene una prestación de \$50 cada tres meses para los artículos de venta libre aprobados.</p> <p>Los artículos de venta libre sólo pueden adquirirse en el catálogo de Medline por teléfono, en la web o por correo.</p>	<p>Recibe una tarjeta de débito precargada, con una prestación de \$70 cada tres meses que puede utilizar para adquirir los artículos de venta libre aprobados.</p> <p>Los artículos de venta libre sólo pueden adquirirse en los distribuidores autorizados y en el catálogo de Medline por teléfono, en la web o por correo.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$5 por cada consulta a un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la Red No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta a un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios de podiatría</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por un análisis del PSA o un tacto rectal anual cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por un análisis del PSA o un tacto rectal anual cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$30 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o por la LDCT cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o por la LDCT cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada beneficio preventivo para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada beneficio preventivo para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada servicio educativo sobre la enfermedad renal cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por equipos y suministros para autodiálisis en su hogar cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada servicio educativo sobre la enfermedad renal cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por equipos y suministros para autodiálisis en su hogar cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada período de beneficios (días 1-100) para atención en un SNF cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total para los días 1-100 de un período de beneficios para atención en un SNF cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada beneficio preventivo para dejar de fumar y de consumir tabaco cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada beneficio preventivo para dejar de fumar y de consumir tabaco cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada servicio de Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada servicio de Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención de la vista</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$40 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por una prueba preventiva anual de detección de glaucoma cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Dentro de la Red Usted paga un copago de \$35 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario.</p> <p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por una prueba preventiva anual de detección de glaucoma cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Usted paga el 40% del costo total por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 40% del costo total por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Usted paga el 30% del costo total por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>Usted paga el 30% del costo total por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Atención de la vista (servicios de rutina no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Tiene una prestación de hasta \$220 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetadas de rutina, lentes recetadas de rutina, marcos de anteojos de rutina, y/o mejoras como los tintes.</p>	<p>Dentro y Fuera de la Red Tiene una prestación de hasta \$210 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetadas de rutina, lentes recetadas de rutina, marcos de anteojos de rutina, y/o mejoras como los tintes.</p>
<p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 40% del costo total por una consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>	<p>Fuera de la Red Usted paga el 30% del costo total por una consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficio de peluca	Dentro y Fuera de la Red El beneficio de peluca <u>no</u> está cubierto.	Dentro y Fuera de la Red Usted paga el 20% del costo total por una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por la quimioterapia. Puede comprar la peluca a cualquier proveedor de pelucas y presentarnos el recibo de pago para su reembolso.
Atención de emergencia/urgencia en todo el mundo	Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Dentro y Fuera de la Red Usted paga un copago de \$70 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.

Sección 2.5 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos con Receta de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de Medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para ofrecer la Lista de Medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el mismo, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió el inserto con este paquete, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos”.

La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Mensaje importante acerca de lo que usted 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 acerca de lo que usted paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Cómo recibir ayuda de Medicare - Si usted eligió este plan porque estaba buscando una cobertura de insulina de \$35 o menos al mes, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para el 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Póngase en contacto con Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana para que le ayuden a comparar sus opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales de ayuda – Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p>	<p>El deducible es de \$240.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$4 por receta para los medicamentos del Nivel 1, un costo compartido de \$13 por receta para los medicamentos del Nivel 2 y un costo compartido de \$0 por receta para los medicamentos del Nivel 6 en una farmacia minorista preferida; un costo compartido de \$14 por receta para los medicamentos del Nivel 1, un costo compartido de \$20 por receta para los medicamentos del Nivel 2 y un costo compartido de \$0 por receta para los medicamentos del Nivel 6 en una farmacia minorista estándar; y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>No hay deducible para Providence Medicare Summit + Rx (HMO-POS) para Insulinas Selectas. Usted paga \$10-\$35 por mes para Insulinas Selectas.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en Sus Costos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 Genérico Preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 Genérico:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. Usted paga \$20 por receta para Insulinas Selectas.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$13 por receta. Usted paga \$10 por receta para Insulinas Selectas.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 Genérico Preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$16 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 Genérico:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta. La cobertura adicional para Insulinas Selectas no está disponible.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$10 por receta. La cobertura adicional para Insulinas Selectas no está disponible.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Nivel 3 Marca Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por receta para Insulinas Selectas.</p>	<p>Nivel 3 Marca Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted no paga más de \$35 por un suministro para un mes de Insulinas Selectas.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por receta para Insulinas Selectas.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted no paga más de \$35 por un suministro para un mes de Insulinas Selectas.</p>
	<p>Nivel 4 Medicamento no Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>	<p>Nivel 4 Medicamento no Preferido: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta.</p>
	<p>Nivel 5 Especialidad: <i>Costo compartido estándar:</i> 28% del costo total.</p>	<p>Nivel 5 Especialidad: <i>Costo compartido estándar:</i> 33% del costo total.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> 28% del costo total.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> 33% del costo total.</p>
	<p>Nivel 6 Vacunas de la Parte D \$0: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>	<p>Nivel 6 Vacunas de la Parte D \$0: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> <p>Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de no más de \$35 por un suministro de un mes.</p>

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Los cambios administrativos pueden ser estrictamente informativos, con poca o ninguna repercusión en sus beneficios, o pueden modificar el modo en que accede a su atención y los servicios y medicamentos con receta que están a su disposición. La siguiente tabla enumera los cambios administrativos que introducimos para el próximo año.

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Advair Diskus®	Costo compartido Genérico	Costo compartido Marca Preferida

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Viales de insulina Humulin N®, Humulin R®, y Humulin 70-30®</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido Genérico • \$10-\$20 para Insulinas Selectas por mes 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido Marca Preferida • Usted no paga más de \$35 por un suministro para un mes de Insulinas Selectas
<p>Paquete de beneficios del plan (Plan Benefit Package, PBP)</p> <p>El PBP hace referencia al conjunto de beneficios que ofrece un plan Medicare Advantage. Cada plan Medicare Advantage posee un número único de PBP que ayuda a diferenciarlo de los demás. Aunque el número de PBP de su plan cambie el próximo año, eso no significa que todos los beneficios de su plan estén cambiando. En la Sección 2 de este documento, describimos los beneficios que cambiarán.</p>	<p>047</p>	<p>062</p>
<p>Área de servicio</p>	<p>El área de servicio para este plan incluye el condado de Snohomish en Washington.</p>	<p>El área de servicio para este plan incluye los condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington.</p>
<p>Beneficios complementarios en la Etapa del período sin cobertura</p>	<p>No hay beneficios complementarios en la Etapa del período sin cobertura.</p>	<p>Usted tiene un beneficio complementario en la Etapa del Período sin cobertura para el Nivel 6 Vacunas de la Parte D \$0. Usted continuará pagando su costo compartido de \$0 del Nivel 6 mientras se encuentre en la Etapa del período sin cobertura.</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Nivel 1 Cobertura para medicamentos con receta	Nivel 1 Genérico Preferido: <ul style="list-style-type: none"> Algunos medicamentos del Nivel 1 para 2023 no estuvieron incluidos en el Nivel 1 en 2022. 	Nivel 1 Genérico Preferido: <ul style="list-style-type: none"> Hay más medicamentos disponibles en este nivel (como warfarina, hidroclorotiazida [HCTZ], omeprazol, tamsulosina, naproxeno)

SECCIÓN 4 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente, ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023 pero, si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Como recordatorio, Providence Health Assurance ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el Cambio de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otro momento del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP se llama Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIBA al 1-800-562-6900 (TTY 360-586-0241). Para obtener más información sobre el SHIBA visite su sitio web (www.insurance.wa.gov/shiba).

SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O BIEN a*
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP) al 1-877-376-9316.

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

Sección 8.1 – Cómo Recibir Ayuda de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2023* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2023* para Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 8.2 – Cómo Recibir Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023)

Consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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。