

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 el 1 de enero de 2023.
- ✓ 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.

2023

Resumen de

Beneficios

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Este plan está disponible en los condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington.

Cuando se une a Providence

Forma parte de algo más grande que una póliza de seguros. Forma parte de una comunidad de atención centrada en su salud y bienestar. A fin de ayudarlo a tomar las decisiones de atención médica correctas, le proporcionamos este resumen de beneficios, una breve guía en la que se desglosa lo que cubriríamos y lo que a usted le correspondería pagar si se inscribe en el plan Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). Para mayor claridad, este resumen de beneficios no es más que eso, un resumen. 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 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 el Plan de salud de Oregón. 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 los condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington.

Póngase en contacto

¿Tiene alguna pregunta? 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**.

Recursos útiles

- + Visite **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** o llámenos para obtener una copia impresa.
- + Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “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 Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Prima Mensual del Plan	\$35 Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible Médico Anual	\$0 No hay deducible médico para los servicios dentro o fuera de la red.	
Responsabilidad del Monto Máximo que Paga de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Su(s) límite(s) anual(es) para este plan:	
	Dentro de la red: \$4,800	Fuera de la red: \$10,000 combinados

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados ¹		Copago de \$325 por día para los días 1-6 y copago de \$0 por día para los días 7 en adelante	30% del costo total por admisión
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Externos ¹		Copago de \$290 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario	30% del costo total
Servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹		Copago de \$290 por cirugía para pacientes externos en un Centro Quirúrgico Ambulatorio	30% del costo total
Consultas al Médico	Consulta con un Proveedor de Atención Primaria	Copago de \$0	Copago de \$25
	Consulta con un Especialista ²	Copago de \$35 Copago de \$50 sin remisión	Copago de \$50
Atención Preventiva		No paga nada	30% del costo total
Atención de Emergencia		Copago de \$70 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 \$50 Si usted es ingresado al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de urgencia.	

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación alguna de tratar a los miembros del Plan, salvo en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura.

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa.

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

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes	Servicios Radiológicos de Diagnóstico (como Resonancias Magnéticas, Ecografías y Tomografías Computarizadas) ¹	20% del costo total	30% del costo total
	Servicios Radiológicos Terapéuticos	20% del costo total	30% del costo total
	Radiografías para Pacientes Externos	Copago de \$0	30% del costo total
	Pruebas Y Procedimientos De Diagnóstico ¹	20% del costo total	30% del costo total
	Servicios de Laboratorio	Copago de \$0	30% del costo total
Servicios Auditivos	Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$35	30% del costo total
	Examen de Rutina	Copago de \$0	No está cubierto
	Audífonos	Copago de \$699 por audífonos Advanced o copago de \$999 por audífonos Premium	No está cubierto
Servicios Odontológicos	Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$35	30% del costo total
	Preventivos Incluidos	Copago de \$0 Incluye exámenes, limpiezas, radiografías; se aplican límites	
	Opcionales	Cubiertos por una prima adicional; consulte la última página de este resumen	
	Otros/No Cubiertos por Medicare	Asignación de \$250 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección	
Servicios de la Vista	Exámenes/Pruebas de Detección Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$35 por examen Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma	30% del costo total por examen 30% del costo total por una prueba de detección de glaucoma
	Examen de Rutina	Asignación de hasta \$75 por año calendario para un examen de la vista de rutina (incluida una refracción)	
	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	30% del costo total 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 \$210 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina	

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa.

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

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de Salud Mental	Consulta para Pacientes Internados ¹	Copago de \$325 por día para los días 1-5 y copago de \$0 por día para los días 6-90	30% del costo total por admisión
	Consulta de Terapia Grupal o Individual para Pacientes Externos ¹	Copago de \$35	30% del costo total
Centro de Atención de Enfermería Especializada, (Skilled Nursing Facility, SNF) ¹		Copago de \$0 por día para los días 1-20 y copago de \$160 por día para los días 21-100	30% del costo total por cada período de beneficios (días 1-100)
Fisioterapia ¹		Copago de \$35	30% del costo total
Ambulancia ¹		Copago de \$250	
Transporte		No está cubierto	
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹		20% del costo total	30% del costo total
Atención Alternativa (límite de beneficios combinados para servicios de quiropráctica, acupuntura y naturopatía)		Quiropráctica: copago de \$20 Especialista en acupuntura y naturopatía: copago de \$35 Máximo del plan \$500	No está cubierto
Programa de Entrega de Comidas (sólo después del alta)		Copago de \$0 para 2 comidas al día durante 14 días, después de una hospitalización calificada	No está cubierto
Artículos de Venta Libre		Asignación de \$70 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	No está cubierto
Programa de Bienestar		Copago de \$0 para una membresía mensual en gimnasios participantes	
Peluca		20% del costo total por una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por la quimioterapia	

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa.

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

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Deducible para Medicamentos con Receta	
Deducible Anual (Se aplica a todos los niveles)	No hay deducible para medicamentos con receta para este plan.

Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660. 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 de la red y en farmacias de pedido por correo.
-------------------	--

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 90 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10
Nivel 3 (Marca Preferida)	Copago de \$47 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	Copago de \$94 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	Copago de \$141 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)
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
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Las Insulinas Selectas son insulinas del formulario que están cubiertas en el Nivel 3 de nuestra Lista de medicamentos, y que se están usando para un diagnóstico cubierto en virtud de la Parte D. Tenga en cuenta que, si administra su insulina a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina tiene que estar cubierta por la Parte B y no será elegible para los copagos de la Parte D.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Costo Compartido Minorista Estándar			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 90 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 \$47 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	Copago de \$94 (Copago de \$70 para Insulinas Selectas)	Copago de \$141 (Copago de \$105 para Insulinas Selectas)
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
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Las Insulinas Selectas son insulinas del formulario que están cubiertas en el Nivel 3 de nuestra Lista de medicamentos, y que se están usando para un diagnóstico cubierto en virtud de la Parte D. Tenga en cuenta que, si administra su insulina a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina tiene que estar cubierta por la Parte B y no será elegible para los copagos de la Parte D.

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.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

<p>Período Sin Cobertura (Se aplica a todos los Niveles)</p>	<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 \$4,660.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga \$0 por el Nivel 6 (Vacunas de la Parte D), no más de \$35 cada mes por Insulinas Selectas, el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$7,400, 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 90 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 2 (Genérico)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)
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
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Costo Compartido Minorista Estándar

Nivel 1 (Genérico Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 2 (Genérico)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$70 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$105 para Insulinas Selectas)
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
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Las Insulinas Selectas son insulinas del formulario que están cubiertas en el Nivel 3 de nuestra Lista de Medicamentos, y que se están usando para un diagnóstico cubierto en virtud de la Parte D. Tenga en cuenta que, si administra su insulina a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina tiene que estar cubierta por la Parte B y no será elegible para los copagos de la Parte D.

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 \$7,400, usted pagará: el 5% del costo o un copago de \$4.15 por medicamento genérico (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), el que resulte mayor, y un copago de \$10.35 por todos los otros medicamentos.

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

Mensaje Importante Acerca de lo Que Usted Debe Pagar 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 Debe Pagar 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.

Odontología Complementaria Opcional

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Tenga en cuenta lo siguiente:

Beneficios Opcionales: Debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios.

Costo Compartido: Si bien puede consultar con cualquier odontólogo, nuestros proveedores de la red han convenido aceptar una tarifa acordada por los servicios prestados. Esto significa que el costo compartido será menor si consulta con un proveedor de la red.

Opción 1: Providence WA Dental Basic		
Los beneficios incluyen: Odontología Preventiva (consulte la página 4) e Integral		
Prima Mensual	\$34.10 adicionales por mes. Tiene que seguir pagando su prima mensual del plan y de la Parte B de Medicare.	
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$50	\$150
Máximo Anual de Beneficios	\$1,000 cada año	
Atención Preventiva y de Diagnóstico*	Copago de \$0	Usted paga el 20%
Atención Básica*	Usted paga el 50%	Usted paga el 60%
Atención de Restauración Compleja*	Usted paga el 50%	Usted paga el 60%

Opción 2: Providence WA Dental Enhanced		
Los beneficios incluyen: Odontología Preventiva (Consulte la Página 4) e Integral		
Prima Mensual	\$48.00 adicionales por mes. Tiene que seguir pagando su prima mensual del plan y de la Parte B de Medicare.	
Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$50	\$150
Máximo Anual de Beneficios	\$1,500 cada año	
Atención Preventiva y de Diagnóstico*	Copago de \$0	Usted paga el 20%
Atención Básica*	Usted paga el 50%	Usted paga el 60%
Atención de Restauración Compleja*	Usted paga el 50%	Usted paga el 60%

*Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa de los servicios odontológicos cubiertos. Los miembros deben consultar con un proveedor contratado por Medicare. Los odontólogos fuera de la red pueden cobrar un monto más alto que el permitido por Providence Medicare Advantage Plans.