

# **2026 Resumen de Beneficios**

---

## **Providence Medicare Pine + Rx (HMO)**

**Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026**

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

## Cuando se afilia a Providence

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

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Puede solicitar una copia impresa en el sitio web

**ProvidenceHealthAssurance.com/EOC** 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 Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un Punto de servicio (Point-of-Service, POS) de una HMO y un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de una HMO que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

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

## ¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington.

## Póngase en contacto

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m.

- + 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 / 1-800-855-7100)
- + 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 recetas 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 & You” (Medicare y usted) vigente; véalo en Internet, en **www.Medicare.gov**, o solicite una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan                                                                             | \$0<br>Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.                                                                                                                                         |
| Subsidio de la Parte B                                                                             | Su plan reducirá hasta \$24 su prima mensual de la Parte B, pero no más que la prima de la Parte B de Original Medicare para 2026.<br>(Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información). |
| Deducible médico anual                                                                             | \$0<br>No hay deducible médico.                                                                                                                                                                                 |
| Responsabilidad de la cantidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) | Sus límites anuales para este plan:                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                    | Dentro de la red: \$6,750                                                                                                                                                                                       |

| Beneficios                                                                                   |                                                | Dentro de la red                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura hospitalaria para pacientes internados <sup>1</sup>                                |                                                | Copago de \$395 por día para los días 1 a 4 y copago de \$0 por día para el día 5 en adelante                                 |
| Cobertura hospitalaria para pacientes externos <sup>1</sup>                                  |                                                | Copago de \$310 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario                                                 |
| Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) <sup>1</sup> |                                                | Copago de \$250 por cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio                                       |
| Consultas con el doctor                                                                      | Consulta con un proveedor de atención primaria | Copago de \$0                                                                                                                 |
|                                                                                              | Consulta con un especialista                   | Copago de \$45                                                                                                                |
| Atención preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, vacunas, inyecciones antigripales)     |                                                | No paga nada                                                                                                                  |
| Atención de emergencia                                                                       |                                                | Copago de \$130<br>Si lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de emergencia. |
| Servicios de urgencia                                                                        |                                                | Copago de \$25<br>Si lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de urgencia.    |

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

## Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

| Beneficios                                        |                                                                                                                           | Dentro de la red                                                                                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de diagnóstico/<br>laboratorio/imágenes | Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas, ecografías y tomografías computarizadas) <sup>1</sup> | 20 % del costo total hasta \$250 por día                                                                               |
|                                                   | Servicios radiológicos terapéuticos <sup>1</sup>                                                                          | 20 % del costo total                                                                                                   |
|                                                   | Radiografías para pacientes externos                                                                                      | Copago de \$0                                                                                                          |
|                                                   | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1</sup>                                                                      | 20 % del costo total                                                                                                   |
|                                                   | Servicios de laboratorio <sup>1</sup>                                                                                     | Copago de \$0                                                                                                          |
| Servicios<br>auditivos                            | Cubiertos por Medicare                                                                                                    | Copago de \$45                                                                                                         |
|                                                   | Examen de rutina                                                                                                          | Copago de \$0                                                                                                          |
|                                                   | Audífonos                                                                                                                 | Copago de \$499 por audífonos Standard, copago de \$699 por audífonos Advanced o copago de \$999 por audífonos Premium |
| Servicios<br>odontológicos                        | Cubiertos por Medicare <sup>1</sup>                                                                                       | Copago de \$45                                                                                                         |
|                                                   | Preventivos incluidos                                                                                                     | Copago de \$0<br>Incluye exámenes, tratamientos con flúor, limpiezas, radiografías; se aplican límites                 |
|                                                   | Opcionales                                                                                                                | Cubiertos por una prima adicional; consulte las últimas dos páginas de este resumen                                    |
| Servicios para la vista                           | Exámenes/pruebas de detección cubiertos por Medicare                                                                      | Copago de \$45 por examen<br>Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma                                     |
|                                                   | Examen de rutina                                                                                                          | No se requiere coseguro ni copago para un examen de la vista de rutina (incluida una refracción) por año calendario.   |
|                                                   | Lentes y accesorios cubiertos por Medicare                                                                                | Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas  |
|                                                   | Anteojos o lentes de contacto de rutina                                                                                   | Asignación de hasta \$100 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina    |
| Servicios de<br>salud mental                      | Consulta para pacientes internados <sup>1</sup>                                                                           | Copago de \$325 por día para los días 1-5 y copago de \$0 por día para los días 6-90                                   |
|                                                   | Consulta de terapia grupal o individual <sup>1</sup> para pacientes externos <sup>1</sup>                                 | Copago de \$40                                                                                                         |

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

## Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

| Beneficios                                                                                  | Dentro de la red                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) <sup>1</sup> | Copago de \$0 por día para los días 1-20 y copago de \$218 por día para los días 21-100                  |
| Fisioterapia <sup>1</sup>                                                                   | Copago de \$40                                                                                           |
| Ambulancia <sup>1</sup>                                                                     | Copago de \$275                                                                                          |
| Transporte                                                                                  | No está cubierto                                                                                         |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare <sup>1</sup>                                         | 0 % - 20 % del costo total<br>(costo compartido de insulina hasta \$35 por mes)                          |
| Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)      | Copago de \$0                                                                                            |
| Programa de bienestar                                                                       | Copago de \$0 para una membresía mensual en gimnasios participantes                                      |
| Peluca                                                                                      | No se requiere coseguro ni copago para una peluca sintética para la pérdida de cabello por quimioterapia |

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

# Beneficios para medicamentos con receta

## Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

| Deducible para medicamentos con receta |                        |
|----------------------------------------|------------------------|
| Nivel 1 (Genérico preferido)           | No se aplica deducible |
| Nivel 2 (Genérico)                     |                        |
| Nivel 3 (Marca preferida)              | \$195                  |
| Nivel 4 (Medicamento no preferido)     |                        |
| Nivel 5 (De especialidad)              |                        |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura inicial | Después de que paga su deducible anual, paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de su bolsillo alcancen los \$2,100. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo. |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Costo compartido de minorista preferido y de pedido por correo |                                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                | Hasta 30 días                                                                                                             | Hasta 60 días                                                                                                             | Hasta 100 días                                                                                                                                          |
| Nivel 1 (Genérico preferido)                                   | Copago de \$0                                                                                                             | Copago de \$0                                                                                                             | Copago de \$0                                                                                                                                           |
| Nivel 2 (Genérico)                                             | Copago de \$10<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$0                                                                    | Copago de \$20<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$0                                                                    | Copago de \$30<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$0                                                                                                  |
| Nivel 3 (Marca preferida)                                      | Copago de \$47<br>(copago de \$35 por insulina)<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$40<br>(copago de \$35 por insulina) | Copago de \$94<br>(copago de \$70 por insulina)<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$80<br>(copago de \$70 por insulina) | Farmacia minorista preferida: Copago de \$141 (copago de \$105 por insulina)<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$120<br>(copago de \$95 por insulina) |
| Nivel 4 (Medicamento no preferido)                             | Copago de \$100<br>(copago de \$35 por insulina)                                                                          | Copago de \$200<br>(copago de \$70 por insulina)                                                                          | Copago de \$300<br>(farmacia minorista preferida: copago de \$105 por insulina)<br>Pedidos por correo:<br>copago de \$95 por insulina)                  |
| Nivel 5 (De especialidad)                                      | 30 % del costo total                                                                                                      | No está cubierto                                                                                                          | No está cubierto                                                                                                                                        |

# Beneficios para medicamentos con receta

## Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

| Costo compartido de minorista estándar |                                                  |                                                  |                                                   |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                        | Hasta 30 días                                    | Hasta 60 días                                    | Hasta 100 días                                    |
| Nivel 1 (Genérico preferido)           | Copago de \$16                                   | Copago de \$32                                   | Copago de \$48                                    |
| Nivel 2 (Genérico)                     | Copago de \$20                                   | Copago de \$40                                   | Copago de \$60                                    |
| Nivel 3 (Marca preferida)              | Copago de \$47<br>(copago de \$35 por insulina)  | Copago de \$94<br>(copago de \$70 por insulina)  | Copago de \$141<br>(copago de \$105 por insulina) |
| Nivel 4 (Medicamento no preferido)     | Copago de \$100<br>(copago de \$35 por insulina) | Copago de \$200<br>(copago de \$70 por insulina) | Copago de \$300<br>(copago de \$105 por insulina) |
| Nivel 5 (De especialidad)              | 30 % del costo total                             | No está cubierto                                 | No está cubierto                                  |

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

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura en situaciones catastróficas<br>(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 \$2,100, el plan pagará la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso aunque no haya pagado su deducible. Llame a Servicio al cliente para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso aunque no haya pagado su deducible.

# Optional Supplemental Dental

## Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

### 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                                                                     | \$39 adicionales por mes.<br>Tiene que seguir pagando su prima 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 calendario                                                               |                    |
| Atención preventiva y de diagnóstico*                                             | Usted paga el 0 %                                                                         | Usted paga el 20 % |
| Atención básica*                                                                  | Usted paga el 30 % por empastes<br>Usted paga el 50 % por el resto de los servicios       | Usted paga el 60 % |
| Atención de restauración compleja*<br>(por ejemplo, coronas y puentes)            | Usted paga el 50 %                                                                        | Usted paga el 60 % |



## Optional Supplemental Dental

### Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

#### Opción 2: Providence WA Dental Enhanced

Los beneficios incluyen: Odontología preventiva (consulte la página 4) e integral

| Prima mensual                                                          | \$56 adicionales por mes.<br>Tiene que seguir pagando su prima 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 calendario                                                               |                    |
| Atención preventiva y de diagnóstico*                                  | Usted paga el 0 %                                                                         | Usted paga el 20 % |
| Atención básica*                                                       | Usted paga el 30 % por empastes<br><br>Usted paga el 50 % por el resto de los servicios   | Usted paga el 60 % |
| Atención de restauración compleja*<br>(por ejemplo, coronas y puentes) | 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 una cantidad más alta que la permitida por Providence Medicare Advantage Plans.