

2026 Resumen de Beneficios

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

Cuando se afilia a Providence

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

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

ProvidenceHealthAssurance.com/EOC 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 el condado de Orange, California.

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 Sycamore + Rx (HMO)

Prima mensual del plan	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Subsidio de la Parte B	Su plan reducirá hasta \$10 su prima mensual de la Parte B, pero no más que la prima de la Parte B de Original Medicare para 2026. (Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).
Deducible médico anual	\$0 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: \$400

Beneficios		Dentro de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes internados ¹		Copago de \$0
Cobertura hospitalaria para pacientes externos ¹		Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹		Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio
Consultas con el doctor	Consulta con un proveedor de atención primaria	Copago de \$0
	Consulta con un especialista ²	Copago de \$0
Atención preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, vacunas, inyecciones antigripales)		No paga nada
Atención de emergencia		Copago de \$150 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 \$0

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

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

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Beneficios		Dentro de la red
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes	Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas, ecografías y tomografías computarizadas) ¹	Copago de \$0
	Servicios radiológicos terapéuticos ¹	Copago de \$50
	Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	Copago de \$0
	Servicios de laboratorio ¹	Copago de \$0
Servicios auditivos	Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$0
	Examen de rutina	Copago de \$0
	Audífonos	Copago de \$499 por audífonos Standard, copago de \$699 por audífonos Advanced o copago de \$999 por audífonos Premium
Servicios odontológicos	Cubiertos por Medicare	Copago de \$0
	Otros/no cubiertos por Medicare	Asignación de \$350 cada seis meses para cualquier servicio odontológico de su elección; el dinero que no gaste vencerá si no se utiliza durante el año en que se emite la asignación
Servicios para la vista	Exámenes ² /pruebas de detección cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por examen Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma
	Examen de rutina	No se requiere coseguro ni copago para un examen de la vista de rutina (incluida una refracción) por año calendario.
	Lentes y accesorios cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas
Servicios de salud mental	Consulta para pacientes internados ¹	Copago de \$0
	Consulta de terapia grupal o individual ¹ para pacientes externos ¹	Copago de \$0

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

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

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Beneficios	Dentro de la red
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ¹	Copago de \$0 por día para los días 1-20 y copago de \$100 por día para los días 21-100
Fisioterapia ¹	Copago de \$0
Ambulancia ¹	Copago de \$100
Transporte	No está cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	0 % - 20 % del costo total (costo compartido de insulina hasta \$35 por mes)
Programa de entrega de comidas (solo después del alta)	Copago de \$0 para 2 comidas al día durante 14 días, después de una hospitalización calificada
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

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

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

Beneficios para medicamentos con receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Deducible para medicamentos con receta			
Deducible anual (Se aplica a todos los niveles)	No hay deducible para medicamentos con receta en este plan.		
Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de su bolsillo alcancen \$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 \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40 (copago de \$35 por insulina)	Copago de \$80 (copago de \$70 por insulina)	Copago de \$120 (farmacia minorista preferida: copago de \$105 por insulina) Pedidos por correo: copago de \$95 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$100 (copago de \$35 por insulina)	Copago de \$200 (copago de \$70 por insulina)	Copago de \$300 (farmacia minorista preferida: copago de \$105 por insulina) Pedidos por correo: copago de \$95 por insulina)
Nivel 5 (De especialidad)	33 % del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios para medicamentos con receta

Providence Medicare Sycamore + 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 (copago de \$35 por insulina)	Copago de \$94 (copago de \$70 por insulina)	Copago de \$141 (copago de \$105 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$100 (copago de \$35 por insulina)	Copago de \$200 (copago de \$70 por insulina)	Copago de \$300 (copago de \$105 por insulina)
Nivel 5 (De especialidad)	33 % del costo total	No está cubierto	No está cubierto

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

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 \$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. 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.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider.”

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

中文 (Chinese-Simplified)

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

中文 (Chinese-Traditional)

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

(Arabic) العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ

ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ."

ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակապակց անվճար ծառայություններով: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներով ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Ձանգահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"