Providence
Medicare Advantage Plans

2025

Aspectos destacados de los beneficios

Providence Medicare Prime + Rx (HMO)
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)

Condados de Clackamas, Multnomah, Washington y Yamhill en Oregon

Providence Medicare Advantage Plans

— Parte C

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	
Prima mensual con cobertura para medicamentos con receta	$0	$29	
	Dentro de la red	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Deducible médico	$0	$0	$0
Máximo que paga de su bolsillo	$5,000	$6,500	No hay máximo
Beneficios	**Usted paga**	**Usted paga**	
Consulta en el consultorio del doctor (proveedor de atención primaria [Primary Care Provider, PCP])	$0	$0	$25
Consulta con un especialista	$35	$30	$50
Atención preventiva	$0	$0	30%
Servicios hospitalarios para pacientes internados	1-4 días: $450 5-90 días: $0	1-6 días: $325 7-90 días: $0	30%
Centro de atención de enfermería especializada	1-20 días: $0 21-100 días: $214	1-20 días: $0 21-100 días: $214	30%
Cirugía para pacientes externos: centro ambulatorio	$250	$250	30%
Cirugía para pacientes externos: hospital	$450	$375	30%
Suministros para diabéticos	$0	$0	30%
Laboratorio	$0	$0	30%
Radiografía	$15	$10	30%
Radiología de diagnóstico	20%	20%	30%
Pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos	20%	20%	30%
Atención quiropráctica	$20/18 consultas	$20/18 consultas	No está cubierto
Acupuntura	$20/18 consultas	$20/18 consultas	No está cubierto
Naturopatía	$20/6 consultas	$20/6 consultas	No está cubierto
Terapia: fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT), terapia del habla y del lenguaje (Speech-Language Therapy, ST)	$35	$30	30%
Equipo médico duradero	20%	20%	30%
Atención médica a domicilio	$0	$0	30%
Telesalud: primario**	$0	$0	N/C
Telesalud: especialista**	$35	$30	N/C
Cobertura en todo el mundo	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Atención de urgencia	$25	$30	N/C
Sala de emergencias*	$125	$125	N/C
Ambulancia: terrestre, sin transporte	$50	$50	$50
Ambulancia: terrestre, transporte de emergencia	$275	$275	$275
Ambulancia: aérea	$275	$275	$275

* No se aplica el copago si queda hospitalizado dentro del plazo de las siguientes 24 horas de la misma afección.

** Usted pagará el costo compartido que se aplique a los servicios.

Se pueden aplicar otros cargos y límites. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información. 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 se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura.

Providence Medicare Advantage Plans

— Parte C

	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
Prima mensual con cobertura para medicamentos con receta	$82		$161
	Dentro de la red	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**
Deducible médico	$0	$0	$0
Máximo que paga de su bolsillo	$5,000	No hay máximo	$4,000
Beneficios	**Usted paga**		**Usted paga**
Consulta en el consultorio del doctor (PCP)	$15	$25	$0
Consulta con un especialista	$30	$50	$20
Atención preventiva	$0	20%	$0
Servicios hospitalarios para pacientes internados	1-6 días: $300 7-90 días: $0	20%	1-5 días: $250 6-90 días: $0
Centro de atención de enfermería especializada	1-20 días: $0 21-100 días: $214	20%	1-20 días: $0 21-100 días: $214
Cirugía para pacientes externos: centro ambulatorio	$250	20%	$100
Cirugía para pacientes externos: hospital	$350	20%	$150
Suministros para diabéticos	$0	20%	$0
Laboratorio	$0	20%	$0
Radiografía	$15	20%	$0
Radiología de diagnóstico	20%	20%	15%
Pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos	20%	20%	20%
Atención quiropráctica	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Acupuntura	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Naturopatía	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Terapia: PT, OT, ST	$30	20%	$20
Equipo médico duradero	20%	20%	20%
Atención médica a domicilio	$0	20%	$0
Telesalud: primario**	$0	N/C	$0
Telesalud: especialista**	$30	N/C	$20
Cobertura en todo el mundo	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**
Atención de urgencia	$25	N/C	$25
Sala de emergencias*	$125	N/C	$125
Ambulancia: terrestre, sin transporte	$50	$50	$50
Ambulancia: terrestre, transporte de emergencia	$275	$275	$275
Ambulancia: aérea	$275	$275	$275

* No se aplica el copago si queda hospitalizado dentro del plazo de las siguientes 24 horas de la misma afección.

** Usted pagará el costo compartido que se aplique a los servicios.

Se pueden aplicar otros cargos y límites. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.
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 se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura.

Cobertura de farmacia – Parte D

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)		Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	
Deducible anual	$250 (no se aplica para los niveles 1 y 2)		$0		$0		$0	
Insulina de la Parte D	$35		$35		$35		$35	
	30 días	**100 días**	**30 días**	**100 días**	**30 días**	**100 días**	**30 días**	**100 días**
Genérico preferido	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo	$0 $0 para pedidos por correo
Genérico	$10 $0 para pedidos por correo	$30 $0 para pedidos por correo	$10 $0 para pedidos por correo	$30 $0 para pedidos por correo	$10 $0 para pedidos por correo	$30 $0 para pedidos por correo	$10 $0 para pedidos por correo	$30 $0 para pedidos por correo
Marca preferida	$40	$120	$40	$120	$40	$120	$40	$120
Medicamentos no preferidos	$100	$300	$100	$300	$100	$240	$90	$180
Medicamentos de especialidad	30%	N/C	33%	N/C	33%	N/C	33%	N/C

Pedido por correo para medicamentos de mantenimiento: obtiene el envío directo de un suministro para hasta 100 días desde nuestras farmacias de pedidos por correo de la red. Los copagos indicados son únicamente para las farmacias de la red preferidas; los copagos de otras farmacias podrían costar más.

Para todos los productos de insulina de la Parte D, usted pagará como máximo $35 por mes. Para todas las vacunas de la Parte D recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), usted no tendrá costo compartido. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Etapa 1: Deducible para medicamentos con receta	Etapa 2: Cobertura inicial	Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas
Esta etapa solo se aplica a los planes con deducible de la Parte D. Usted permanece en esta etapa hasta que haya alcanzado su deducible de la Parte D para sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	Usted permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000, luego pasa a la Etapa 3.	En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Odontología, audición, vista y más

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
Tarjeta Flexible Benefit Card				
Artículos de venta libre	$110/cada tres meses	$65/cada tres meses	$30/cada tres meses	$160/cada tres meses
Servicios odontológicos preventivos	$0	$0 dentro de la red, 20% fuera de la red	$0 dentro de la red, 20% fuera de la red	$0
Examen ocular de rutina (uno por año)	$0	$0	$0	$0
Anteojos o lentes de contacto recetados*	$250/cada año	$250/cada año	$250/cada año	$250/cada año
Examen auditivo de rutina (uno por año)**	$0	$0	$0	$0
Audífonos (dos por año)**	$699-$999	$699-$999	$699-$999	$699-$999
Entrega de comidas después de una hospitalización	14 días/28 comidas	14 días/28 comidas	14 días/28 comidas	14 días/28 comidas
Sistema de respuesta de emergencia personal	$0	$0	$0	$0
Membresía en un centro de acondicionamiento físico	$0	$0	$0	$0
Pelucas para la pérdida de cabello por quimioterapia	$0	$0	$0	$0
Transporte médico no urgente (un viaje de ida)	N/C	N/C	N/C	24/cada año

* Usted es responsable de cualquier costo que exceda la asignación para los anteojos o lentes de contacto recetados.

** Debe acudir a un proveedor de TruHearing. Se pueden aplicar otros cargos y límites.

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.

Beneficios odontológicos complementarios opcionales para 2025

	Dentro de la red	Fuera de la red*	Dentro de la red	Fuera de la red*
Los beneficios incluyen: Odontología preventiva (consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura) e integral	**Opción básica**		**Opción mejorada**	
Prima mensual	$37.50		$53.50	
Deducible anual[1]	$50	$150	$50	$150
Máximo anual	$1,000/cada año		$1,500/cada año	
Períodos de espera	No hay		No hay	
Red de proveedores	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
Reembolso para fuera de la red	No hay		No hay	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Radiografías de molares[2]	$0	20%	$0	20%
Radiografías panorámicas y otras radiografías de diagnóstico[3]	$0	20%	$0	20%
Extracciones simples	50%	60%	50%	60%
Empastes básicos	30%	60%	30%	60%
Dentaduras postizas	50%	60%	50%	60%
Coronas y puentes	50%	60%	50%	60%
Cirugía bucal	No está cubierto	No está cubierto	50%	60%
Endodoncia (conductos radiculares)	No está cubierto	No está cubierto	50%	60%
Periodoncia (limpieza profunda)	No está cubierto	No está cubierto	50%	60%

*** Notas importantes:** Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los servicios odontológicos cubiertos. Se recomienda a los miembros que acudan a un proveedor de servicios odontológicos dentro de la red. Los odontólogos fuera de la red pueden cobrar una cantidad más alta que la permitida por Providence Medicare Advantage Plans.

[1] Los deducibles no se aplican para los servicios de diagnóstico y preventivos
[2] Radiografías de molares o periapicales: una serie de radiografías de molares o una serie de radiografías de molares más periapicales en la medida que sean necesarias (hasta 10) por año calendario
[3] Radiografía bucal completa y panorámica: limitada a una vez cada 5 años

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 se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura.

Providence
Medicare Advantage Plans

¿Quiere obtener más información?

A continuación, se indican las formas para comunicarse con nosotros.

Para solicitar información, inscribirse o programar una cita personal, llámenos al

1-833-874-0782 (TTY: 711)

de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes

Visite nuestra página web para obtener más información o para inscribirse, en

TheProvidenceAdvantage.com/SA1EnrollGuide

H9047_2025MK_PHA1283_M MDC-334G_SP