



 **Providence**
Medicare Advantage Plans

2025

Aspectos destacados de los beneficios

Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington

Aliados para brindar atención con proveedores de su confianza

 Providence |  KADLEC |  SWEDISH

Medicare puede ser complejo.

Estamos aquí para ayudar a que no sea confuso.

Independientemente de cuáles sean sus necesidades de atención médica, Providence ofrece un plan de Medicare Advantage que lo cubre. Explore las opciones de planes en su área y no dude en llamarnos si tiene preguntas. Los expertos de Providence Medicare Advantage están listos y a su disposición para ayudarlo.

¿Tiene preguntas?

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo.

Llámenos al **1-888-804-5193 (TTY: 711)**

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



Providence Medicare Advantage Plans

– Parte C

| | Providence Medicare Pine + Rx (HMO) | Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) | |
|--|--------------------------------------|---|------------------|
| Prima mensual con cobertura para medicamentos con receta | \$0 | \$37 | |
| Subsidio de la Parte B*** | \$16 | N/C | |
| | Dentro de la red | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Deducible médico | \$0 | \$0 | \$0 |
| Máximo que paga de su bolsillo | \$6,000 | \$5,500 | 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 | \$45 | \$35 | \$50 |
| Atención preventiva | \$0 | \$0 | 30% |
| Servicios hospitalarios para pacientes internados | 1-4 días: \$395 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 | \$310 | \$290 | 30% |
| Suministros para diabéticos | \$0 | \$0 | 30% |
| Laboratorio | \$0 | \$0 | 30% |
| Radiografía | \$0 | \$0 | 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) | \$40 | \$35 | 30% |
| Equipo médico duradero | 20% | 20% | 30% |
| Atención médica a domicilio | \$0 | \$0 | 30% |
| Telesalud: primario** | \$0 | \$0 | N/C |
| Telesalud: especialista** | \$45 | \$35 | N/C |
| Cobertura en todo el mundo | Dentro de la red | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Atención de urgencia | \$25 | \$25 | 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.

*** El Subsidio de la Parte B de Medicare, que también se conoce como "reducción de la prima de la Parte B", es un beneficio que reducirá \$16 su prima mensual de la Parte B. Providence Medicare Advantage Plans le pagará a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) directamente. Si usted paga su prima médica de la Parte B mediante el beneficio del Seguro Social, su cheque mensual del Seguro Social aumentará \$16. Si usted paga su prima de la Parte B directamente a Medicare, el pago de su prima mensual bajará \$16.

Cobertura de farmacia

– Parte D

| | Providence Medicare Pine + Rx (HMO) | | Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Deducible anual | \$195 (no se aplica para los niveles 1 y 2) | | \$0 | |
| Insulina de la Parte D | \$35 | | \$35 | |
| | 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 |
| 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 |
| Marca preferida | \$40 | \$120 | \$40 | \$120 |
| Medicamentos no preferidos | \$100 | \$300 | \$100 | \$300 |
| Medicamentos de especialidad | 30% | 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 | Etapa 2 | Etapa 3 |
|--|---|---|
| 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 Pine + Rx (HMO) | Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) |
|--|--|--|
| Tarjeta Flexible Benefit Card | | |
| Artículos de venta libre | \$105/cada tres meses | \$70/cada tres meses |
| Flex Dental | \$400/cada año | \$875/cada año |
| Servicios odontológicos preventivos | \$0 | \$0 dentro de la red, 20% fuera de la red |
| Examen ocular de rutina (uno por año) | \$0 | \$0 |
| Anteojos o lentes de contacto recetados* | \$250/cada año | \$250/cada año |
| Examen auditivo de rutina (uno por año)** | \$0 | \$0 |
| Audífonos (dos por año)** | \$699-\$999 | \$699-\$999 |
| Entrega de comidas después de una hospitalización | 14 días/28 comidas | 14 días/28 comidas |
| Sistema de respuesta de emergencia personal | \$0 | \$0 |
| Membresía en un centro de acondicionamiento físico | \$0 | \$0 |
| Pelucas para la pérdida de cabello por quimioterapia | \$0 | \$0 |

* 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. Hay otros proveedores disponibles en nuestra red.

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.



¿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

1-888-804-5193 (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/SA4EnrollGuide

