

Providence

Mission | St. Joseph | St. Jude

# Providence Medicare Advantage Plans

### Parte C

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)	
Prima mensual con cobertura para medicamentos con receta	\$0	
	Dentro de la red	
Deducible médico	\$0	
Máximo que paga de su bolsillo	\$400	
Beneficios	Usted paga	
Consulta en el consultorio del doctor (proveedor de atención primaria [Primary Care Provider, PCP])	\$0	
Consulta con un especialista	\$0	
Atención preventiva	\$0	
Servicios hospitalarios para pacientes internados	\$0	
Centro de atención de enfermería especializada	1-20 días: \$0 21-100 días: \$50	
Cirugía para pacientes externos: centro ambulatorio	\$0	
Cirugía para pacientes externos: hospital	\$0	
Suministros para diabéticos	\$0	
Laboratorio	\$0	
Radiografía	\$0	
Radiología de diagnóstico	\$0	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos	\$0	
Atención quiropráctica	\$0/24 consultas	
Acupuntura	\$0/24 consultas	
Naturopatía	\$0/20 consultas	
Terapia: fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT), terapia del habla y del lenguaje (Speech-Language Therapy, ST)	\$0	
Equipo médico duradero	20%	
Atención médica a domicilio	\$0	
Telesalud: primario**	\$0	
Telesalud: especialista**	\$0	
Cobertura en todo el mundo	Usted paga	
Atención de urgencia	\$0	
Sala de emergencias*	\$125	
Ambulancia: terrestre, sin transporte	\$100	
Ambulancia: terrestre, transporte de emergencia	\$100	
Ambulancia: aérea	\$100	

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

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.

<sup>\*\*</sup> Usted pagará el costo compartido que se aplique a los servicios.

## Cobertura de farmacia

#### Parte D

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)	
Deducible anual	\$0	
Insulina de la Parte D	\$35	
	30 días	100 días
Genérico preferido	\$0	\$0
Genérico	\$0	\$0
Marca preferida	\$40	\$120
Medicamentos no preferidos	\$100	\$300
Medicamentos de especialidad	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 Sycamore + Rx (HMO)	
Tarjeta Flexible Benefit Card		
Artículos de venta libre	\$190/cada tres meses	
Flex Dental	\$2,700/cada año	
Examen ocular de rutina (uno por año)	\$0	
Anteojos o lentes de contacto recetados*	\$250/cada año	
Examen auditivo de rutina (uno por año)**	\$0	
Audífonos (dos por año)**	\$399-\$699	
Entrega de comidas después de una hospitalización	14 días/28 comidas	
Sistema de respuesta de emergencia personal	\$0	
Membresía en un centro de acondicionamiento físico	\$0	
Pelucas para la pérdida de cabello por quimioterapia	\$0	
Transporte médico no urgente (un viaje de ida)	60/cada año	

<sup>\*</sup> Usted es responsable de cualquier costo que exceda la asignación para los anteojos o lentes de contacto recetados.

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.

<sup>\*\*</sup> Debe acudir a un proveedor de TruHearing. Se pueden aplicar otros cargos y límites.



## ¿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

1-888-804-5194 (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/OC

