



 **Providence**
Medicare Advantage Plans

2026

Generalidades destacadas de los beneficios

Providence Medicare Prime + Medicamentos de receta (HMO)

Providence Medicare Extra + Medicamentos de receta (HMO)

Providence Medicare Focus Medical (HMO)

Providence Medicare Reverence (HMO-POS)

Condados de Clackamas, Multnomah, Washington y Yamhill, en Oregon

Providence Medicare Advantage Plans

– Parte C

	Providence Medicare Prime + Medicamentos de receta (HMO)	Providence Medicare Extra + Medicamentos de receta (HMO)
Prima mensual con cobertura de medicamentos de receta	\$0	\$161
	Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible médico	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,750	\$4,200
Beneficios	Usted paga	Usted paga
Visita al consultorio médico (PCP)	\$0	\$0
Visita a especialista	\$35	\$20
Atención preventiva	\$0	\$0
Hospitalización	1-4 días: \$450 5-90 días: \$0	1-5 días: \$250 6-90 días: \$0
Centro de enfermería especializada	1-20 días: \$0 21-100 días: \$218	1-20 días: \$0 21-100 días: \$218
Cirugía ambulatoria - Centro ambulatorio	\$250	\$100
Cirugía ambulatoria - Hospital	\$450	\$150
Suministros para diabéticos	\$0	\$0
Análisis de laboratorio	\$0	\$0
Radiografías	\$15	\$0
Radiología de diagnóstico	20 % hasta \$250	15 % hasta \$250
Pruebas y procedimientos para diagnóstico - ambulatorio	20 %	20 %
Terapia: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla	\$35	\$20
Equipo médico duradero	20 %	20 %
Salud en el hogar	\$0	\$0
Telesalud - Atención primaria**	\$0	\$0
Telesalud - Especialista**	\$35	\$20
Cobertura mundial	Dentro de la red	Dentro de la red
Atención de urgencia	\$25	\$25
Sala de emergencias*	\$130	\$130
Ambulancia - Terrestre sin transporte	\$50	\$50
Ambulancia - Terrestre transporte de emergencia	\$275	\$275
Ambulancia - Aire	\$275	\$275

*Copago exonerado si es admitido en el hospital en un plazo de 24 horas para la misma afección.

**Pagará el costo compartido que corresponda a los servicios.

Es posible que haya otros cargos y límites. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluso sobre el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

Providence Medicare Advantage Plans

– Parte C

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)
Prima mensual	\$25		\$120
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red
Deducible médico	\$0	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,750	Sin máximo	\$4,200
Beneficios	Usted paga		Usted paga
Visita al consultorio médico (PCP)	\$15	50 %	\$0
Visita a especialista	\$30	50 %	\$20
Atención preventiva	\$0	50 %	\$0
Hospitalización	1-6 días: \$300 7-90 días: \$0	50 %	1-5 días: \$250 6-90 días: \$0
Centro de enfermería especializada	1-20 días: \$0 21-100 días: \$218	50 %	1-20 días: \$0 21-100 días: \$218
Cirugía ambulatoria - Centro ambulatorio	\$250	50 %	\$200
Cirugía ambulatoria - Hospital	\$250	50 %	\$250
Suministros para diabéticos	\$0	50 %	\$0
Análisis de laboratorio	\$0	50 %	\$0
Radiografías	\$15	50 %	\$0
Radiología de diagnóstico	20 % hasta \$250	50 %	15 % hasta \$250
Pruebas y procedimientos para diagnóstico - ambulatorio	20 %	50 %	20 %
Terapia: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla	\$30	50 %	\$20
Equipo médico duradero	20 %	50 %	20 %
Salud en el hogar	\$0	50 %	\$0
Telesalud - Atención primaria**	\$15	50 %	\$0
Telesalud - Especialista**	\$30	50 %	\$20
Cobertura mundial	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red
Atención de urgencia	\$25		\$25
Sala de emergencias*	\$130		\$130
Ambulancia - Terrestre sin transporte	\$50	\$50	\$50
Ambulancia - Terrestre transporte de emergencia	\$275	\$275	\$275
Ambulancia - Aire	\$275	\$275	\$275

*Copago exonerado si es admitido en el hospital en un plazo de 24 horas para la misma afección.

**Pagará el costo compartido que corresponda a los servicios.

Es posible que haya otros cargos y límites. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluso sobre el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.

Cobertura de farmacia - Parte D

	Providence Medicare Prime + Medicamentos de receta (HMO)		Providence Medicare Extra + Medicamentos de receta (HMO)		Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)	
Deducible anual	\$250 (exonerado en el nivel 1 y 2)		\$0		N/C		N/C	
Insulina de la Parte D	\$35		\$35		N/C		N/C	
	30 días	100 días	30 días	100 días	30 días	100 días	30 días	100 días
Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0	N/C	N/C	N/C	N/C
Genérico	\$10 \$0 de pedido por correo	\$30 \$0 de pedido por correo	\$10 \$0 de pedido por correo	\$30 \$0 de pedido por correo	N/C	N/C	N/C	N/C
Marca preferida	\$47 \$40 de pedido por correo	\$141 \$120 de pedido por correo	\$40	\$120	N/C	N/C	N/C	N/C
Medicamentos no preferidos	\$100	\$300	\$90	\$270	N/C	N/C	N/C	N/C
Medicamentos de especialidad	30 %	N/C	33 %	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C

Pedido por correo para medicamentos de mantenimiento, reciba un suministro para hasta 100 días de nuestras farmacias de pedido por correo de la red. Los copagos de la lista son para las farmacias de la red preferidas únicamente; los copagos de otras farmacias pueden costar más.

Para los productos de insulina de la Parte D, usted pagará hasta \$35 por mes. Para todas las vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP, no habrá costos compartidos. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario.

Los planes Reverence y Focus no incluyen la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D. Si no cuenta con una cobertura de medicamentos recetados acreditable, como la cobertura de VA, y demora en inscribirse en la Parte D, puede incurrir en una multa por inscripción tardía cuando finalmente se inscriba.

Etapa 1: Deducible de recetas	Etapa 2: Cobertura inicial	Etapa 3: Cobertura para catástrofes
Esta etapa solo aplica para planes con deducible de la Parte D. Permanecerá en esta etapa hasta que haya alcanzado su deducible de la Parte D para sus medicamentos de marca, no preferidos y de especialidad de los niveles 3, 4 y 5.	Permanece en esta etapa hasta que el monto de los costos de su propio bolsillo llega a \$2,100, después pasa a la Etapa 3.	En esta etapa, no paga nada para los medicamentos de la Parte D.

Dental, audición, visión y más

	Providence Medicare Prime + Medicamentos de receta (HMO)	Providence Medicare Extra + Medicamentos de receta (HMO)	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	Providence Medicare Focus Medical (HMO)
	Usted paga	Usted paga	Usted paga	Usted paga
Preventive Dental	\$0	\$0	\$0 en la red, 20 % fuera de la red	\$0
Examen de ojos de rutina (uno por año)	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen de audición de rutina (uno por año)**	\$0	\$0	\$0	\$0
Audífonos (dos por año)**	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999
Sistema de respuesta a emergencias personal	\$0	\$0	\$0	\$0
Membresía del gimnasio	No cubierto	\$0	\$0	\$0
Pelucas para la pérdida de pelo relacionada con la quimioterapia	\$0	\$0	\$0	\$0
	Usted obtiene	Usted obtiene	Usted obtiene	Usted obtiene
Tarjeta de beneficios flexible				
Artículos de venta libre	N/C	\$240/Cada seis meses	\$100/Cada seis meses	\$100/Cada seis meses
Anteojos o lentes de contacto de receta*	\$100/cada año	\$150/cada año	\$250/cada año	\$250/cada año
Entrega de comidas después de estadía en el hospital	N/C	14 días/ 28 comidas	14 días/28 comidas	14 días/ 28 comidas

*Usted es responsable de los costos superiores a los gastos permitidos por anteojos o lentes de contacto de receta.

**Debe consultar a un proveedor de TruHearing. Es posible que haya otros cargos y límites. Hasta dos audífonos por año (uno por oído) con copagos de \$499 por audífono para el plan Estándar, \$699 por audífono para el plan Avanzado o \$999 por audífono para el plan Premium.

Providence Health Assurance (Seguro de salud de Providence) es un plan HMO, HMO-POS y HMO SNP con contratos de Medicare y de Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregon).

La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

Beneficios dentales suplementarios opcionales de 2026

	Dentro de la red	Fuera de la red*	Dentro de la red	Fuera de la red*
Los beneficios incluyen: Atención dental preventiva (ver capítulo 4 de la EOC) y completa	Básicos		Mejorado	
Prima mensual	\$39		\$56	
Deducible anual ¹	\$50	\$150	\$50	\$150
Máximo anual	\$1,000/cada año		\$1,500/cada año	
Períodos de espera	Ninguna		Ninguna	
Red de proveedores	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
Reembolso fuera de la red	Ninguna		Ninguna	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Radiografías de mordida ²	\$0	20 %	\$0	20 %
Radiografías panorámicas y otras radiografías diagnósticas ³	\$0	20 %	\$0	20 %
Extracciones simples	50 %	60 %	50 %	60 %
Rellenos básicos	30 %	60 %	30 %	60 %
Prótesis dental	50 %	60 %	50 %	60 %
Coronas y puentes	50 %	60 %	50 %	60 %
Cirugía bucal	No cubierto	No cubierto	50 %	60 %
Endodoncia (tratamiento de conducto)	No cubierto	No cubierto	50 %	60 %
Periodoncia (limpieza profunda)	No cubierto	No cubierto	50 %	60 %

***Notas importantes:** Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los servicios dentales cubiertos. Se recomienda a los miembros utilizar un proveedor dental dentro de la red. Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el monto permitido por Providence Medicare Advantage Plans.

¹ Los deducibles no se aplican para servicios de diagnóstico y prevención.

² Radiografías de mordida o periapicales: una serie de mordida o una serie de mordida más radiografía periapical según sea necesario (hasta 10) por año calendario.

³ Radiografía de boca completa y panorámica: limitada a una vez cada 5 años.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluso sobre el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.





¿Desea más información?

Así es como puede comunicarse con nosotros.



Llámenos para obtener información, para inscribirse o para realizar una cita personal al

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

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



Consulte nuestro sitio web para obtener más información o inscribirse en

TheProvidenceAdvantage.com/EnrollGuide26

