



Saint Mary's  
Health Plans



# Resumen de beneficios 2023

# Nevada

*Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey, y Washoe*

---

Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO)

Saint Mary's ATRIO Select Rx (PPO)

---

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

## Índice

Acerca del resumen de beneficios y quién se puede inscribir .....	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? .....	1
Consejos para comparar sus opciones de Medicare.....	1
Lista de verificación antes de la inscripción .....	1
Prima del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por servicios cubiertos.....	3
Prima del plan.....	3
Deducible del plan .....	3
Límites de gastos de bolsillo .....	3
Beneficios médicos y de hospital cubiertos.....	3
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (atención de casos agudos) .....	3
Hospital de pacientes ambulatorios .....	3
Centro quirúrgico ambulatorio.....	3
Visitas en el consultorio del médico .....	3
Atención preventiva .....	3
Atención de emergencia .....	4
Atención de urgencia .....	4
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X .....	4
Servicios de audición .....	4
Servicios dentales.....	5
Servicios de la vista .....	5
Servicios de salud mental.....	5
Centro de enfermería especializada (SNF) .....	5
Fisioterapia .....	6
Ambulancia.....	6
Transporte .....	6
Medicamentos de la Parte B de Medicare.....	6
Telesalud .....	6
Cuidado de los pies .....	6
Equipo y suministros médicos.....	6
Condición física .....	7
Servicios quiroprácticos .....	7
Servicios quiroprácticos y de acupuntura.....	7
Artículos de venta libre .....	7
Comidas .....	7
Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	7
Etapa de deducible .....	7
Etapa de cobertura inicial .....	7
Etapa del período sin cobertura .....	8
Etapa de cobertura catastrófica .....	8

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de Saint Mary's ATRIO Health Plans, excepto en situaciones de emergencia. Para saber si cubriremos un servicio fuera de la red, los animamos a usted o a su proveedor a que nos pidan una determinación de la organización antes de recibir el servicio. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

# Resumen de beneficios 2023

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

## Acerca del resumen de beneficios y quién se puede inscribir

Este es un resumen de los medicamentos y servicios médicos que cubren **Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO)** y **Saint Mary's ATRIO Select Rx (PPO)**. En la información de beneficios entregada no se incluyen todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura en **atriohp.com**. Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicios.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **Nevada: Douglas, Lyon, Storey, Washoe, Carson City, Churchill.**

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Saint Mary's ATRIO Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores de nuestra red, posiblemente pague menos por sus servicios cubiertos. Si usa proveedores que no están en nuestra red puede pagar un costo más alto de gastos de bolsillo. Generalmente debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos con receta (si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos). Puede ver la Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos con receta de la Parte D) de nuestro plan, el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias en nuestro sitio web, **atriohp.com**.

## Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual "Medicare y usted" en vigor. Véalo en línea en **medicare.gov** o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda por completo nuestras reglas y beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para hablar con un representante de Servicio al Cliente.

Cómo entender los beneficios	
<input type="checkbox"/>	La Evidencia de cobertura (EOC) incluye una lista completa de toda la cobertura y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite <b>atriohp.com</b> o llame al <b>1-877-672-8620</b> (TTY 711) para ver una copia de EOC.
<input type="checkbox"/>	Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden estén en la red. Si no están en el directorio, eso significa que posiblemente tenga que elegir un nuevo médico.
<input type="checkbox"/>	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no está en el directorio, es posible que tenga que buscar una nueva farmacia para sus recetas.
<input type="checkbox"/>	Revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
<input type="checkbox"/>	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que los medicamentos estén cubiertos.

<b>Entienda las reglas importantes</b>	
<input type="checkbox"/>	Además de la prima mensual del plan (si corresponde), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
<input type="checkbox"/>	Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
<input type="checkbox"/>	Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, tendrá que pagar un copago más alto por los servicios que reciba de los proveedores sin contrato.

ATRIO Health Plans es PPO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.

H7006\_SB\_NV\_2023v2\_M  
H7006-010, H7006-011

**Prima del plan, deducibles y límites sobre lo que paga por servicios cubiertos**

	<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
<b>Prima del plan</b>	\$0 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$20 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible del plan</b>	\$0 por año	\$0 por año
<b>Límites de gastos de bolsillo</b>	\$3,400 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$5,450 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red se aplica para este límite.	\$3,400 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$5,450 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red se aplica para este límite.

**Beneficios médicos y de hospital cubiertos**

Nota: Los servicios marcados con un \* pueden necesitar la autorización previa.

	<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
<b>Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (atención de casos agudos) *</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$0 por estadía en el Centro Médico Regional de Saint Mary \$100 por día para los días 1 a 5, \$0 por día 6 y posteriores en todos los demás hospitales de la red <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro por estancia	<b>Dentro de la red:</b> \$0 por estadía en el Centro Médico Regional de Saint Mary \$100 por día para los días 1 a 5, \$0 por día 6 y posteriores en todos los demás hospitales de la red <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro por estancia
<b>Hospital de pacientes ambulatorios *</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$0 a \$350 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<b>Dentro de la red:</b> \$0 a \$350 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Centro quirúrgico ambulatorio*</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	<u>Médico de atención primaria:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago <u>Especialista:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago	<u>Médico de atención primaria:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago <u>Especialista:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago
<b>Atención preventiva</b>	Usted no paga nada por los servicios de prevención cubiertos de Medicare. Todos los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del plan están cubiertos. Nuestro plan también cubre un examen físico anual suplementario sin costo.	

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
<b>Atención de emergencia</b> Cobertura mundial en caso de emergencia o urgencia.	\$110 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).	\$125 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).
<b>Atención de urgencia</b> Vea "Atención de emergencia" para copagos en todo el mundo.	\$30 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).	\$30 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X*</b> (como MRI, CT)	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$60 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> (como radioterapia por cáncer):  <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Rayos X ambulatorios:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$60 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> (como radioterapia por cáncer):  <b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Rayos X ambulatorios:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p>
<b>Servicios de audición</b> Cubierto por Medicare: exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio.	<p><u>Cubierto por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios de audición adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):                      Examen de audición de rutina  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago                      Aparatos auditivos: \$699 a \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 al año (uno por año)  <b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago                      (Debe usar un proveedor Amplifon para recibir los beneficios de aparatos auditivos)</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u>  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios de audición adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):                      Examen de audición de rutina  <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago                      Aparatos auditivos: \$699 a \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 al año (uno por año)  <b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago                      (Debe usar un proveedor Amplifon para recibir los beneficios de aparatos auditivos)</p>

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
<p><b>Servicios dentales*</b></p> <p>Cubierto por Medicare: servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes).</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios dentales adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):</p> <p><b>Dentro y fuera de la red:</b> \$0 de copago hasta la asignación</p> <p>\$1,250 de asignación anual para el pago de servicios dentales de prevención y completos en cualquier proveedor mediante una Flex Card.</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Servicios dentales adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):</p> <p><b>Dentro y fuera de la red:</b> \$0 de copago hasta la asignación</p> <p>\$2,500 de asignación anual para el pago de servicios dentales de prevención y completos en cualquier proveedor mediante una Flex Card.</p>
<p><b>Servicios de la vista</b></p> <p>Cubierto por Medicare: exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluyendo una evaluación anual de glaucoma).</p>	<p><u>Exámenes cubiertos por Medicare:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare:</u></p> <p><b>Dentro y fuera de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de la vista adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):</p> <p>Examen de la vista de rutina <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>Anteojos de rutina <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>\$150 de asignación para monturas cada año; asignación de \$100 para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año</p>	<p><u>Exámenes cubiertos por Medicare:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p><u>Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare:</u></p> <p><b>Dentro y fuera de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de la vista adicionales</u> (sin cobertura de Medicare):</p> <p>Examen de la vista de rutina <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>Anteojos de rutina <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p> <p>\$200 de asignación para monturas cada año; asignación de \$100 para lentes de contacto, ajuste y evaluación cada año</p>
<p><b>Servicios de salud mental *</b></p>	<p><u>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$300 de copago por día para los días 1-5 \$0 de copago por día para los días 6-90</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro por estancia</p> <p><u>Visita de terapia individual y de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p>	<p><u>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$100 de copago por día para los días 1-5 \$0 de copago por día para los días 6-90</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro por estancia</p> <p><u>Visita de terapia individual y de grupo para pacientes ambulatorios:</u></p> <p><b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF) *</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por día para los días 1-20</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por día para los días 1-20</p>

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
	\$170 de copago por día para los días 21- 100 <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro por estancia	\$170 de copago por día para los días 21- 100 <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro por estancia
<b>Fisioterapia *</b>	<u>Servicios de fisioterapia y terapia del habla:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro <u>Visita de terapia ocupacional:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Servicios de fisioterapia y terapia del habla:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro <u>Visita de terapia ocupacional:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Ambulancia *</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$300 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$300 de copago	<b>Dentro de la red:</b> \$300 de copago <b>Fuera de la red:</b> \$300 de copago
<b>Transporte</b>	\$0 de copago hasta 24 transportes médicos que no sea de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año  (Debe usar SafeRide para recibir los beneficios de transporte de rutina)	\$0 de copago hasta 24 transportes médicos que no sea de emergencia, solo de ida, a cualquier lugar aprobado por el plan y relacionado con la salud, cada año  (Debe usar SafeRide para recibir los beneficios de transporte de rutina)
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare *</b>	<b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Telesalud</b> (Sin cobertura de Medicare)	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> sin cobertura  (Debe usar el proveedor Teladoc para recibir los beneficios adicionales de telesalud)	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> sin cobertura  (Debe usar el proveedor Teladoc para recibir los beneficios adicionales de telesalud)
<b>Cuidado de los pies</b> Cubierto por Medicare: exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o si cumple ciertas condiciones.	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$5 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$5 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Equipo y suministros médicos *</b>	<u>Equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos:</u> <b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro <u>Suministros y servicios para diabéticos:</u> <b>Dentro de la red:</b> 0% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos:</u> <b>Dentro de la red:</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro <u>Suministros y servicios para diabéticos:</u> <b>Dentro de la red:</b> 0% de coseguro <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro



**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
<b>Condición física</b>	\$250 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.	\$550 de asignación anual para el pago de una membresía de gimnasio con una Flex Card.
<b>Servicios quiroprácticos</b> Cubierto por Medicare: manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de la columna se salen de su posición).	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro	<u>Cubierto por Medicare:</u> <b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro
<b>Servicios quiroprácticos y de acupuntura</b> (sin cobertura de Medicare)	Sin cobertura	<b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina y acupuntura de rutina cada año
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted recibirá una asignación de \$100 por trimestre	Usted recibirá una asignación de \$150 por trimestre
<b>Comidas*</b>	\$0 de copago 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia de paciente hospitalizado en un centro de enfermería especializada o mientras recibe servicios de atención en casa	\$0 de copago 2 comidas diarias por 14 días después de una estancia de paciente hospitalizado en un centro de enfermería especializada o mientras recibe servicios de atención en casa

**Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare**

**Etapas de deducible**

<b>Saint Mary's ATRIO Choice Rx H7006-010</b>	<b>Saint Mary's ATRIO Select Rx H7006-011</b>
\$0 por año	\$0 por año

**Etapas de cobertura inicial**

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$4,660.

Si vive en un centro de atención de largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia estándar. Si elige el servicio de pedido por correo, paga lo mismo que un suministro para 90 días en una farmacia dentro de la red. Puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más que en una farmacia dentro de la red.

**Resumen de beneficios:** 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Saint Mary's ATRIO Choice Rx			Saint Mary's ATRIO Select Rx		
Costos compartidos de farmacia estándar			Costos compartidos de farmacia estándar		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genéricos)	\$12 de copago	\$24 de copago	Nivel 2 (genéricos)	\$12 de copago	\$24 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$35 de copago	\$105 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$35 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$300 de copago	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidades)	33% de coseguro	No está disponible el suministro de largo plazo	Nivel 5 (nivel de especialidades)	33% de coseguro	No está disponible el suministro de largo plazo
Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$0 de copago	\$0 de copago

**Etapa del período sin cobertura**

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (llamado también "interrupción en cobertura"). El período sin cobertura comienza cuando su costo total anual de medicamentos llega a \$4,660.

Una vez entra al período sin cobertura, paga el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos y de marca cubiertos hasta que los gastos de bolsillo anuales llegan a \$7,400 y luego entra a la etapa de cobertura catastrófica. Esta cantidad y las reglas para los costos que se aplican a esta cantidad las estableció Medicare.

**Etapa de cobertura catastrófica**

Una vez que sus gastos de bolsillo anuales para medicamentos llegan a \$7,400, paga lo que sea mayor:

- 5% del costo o
- \$4.15 de copago de medicamentos genéricos y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.



## **Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad**

### **La discriminación es ilegal**

ATRIO Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATRIO Health Plans:

- Ayuda y presta servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios listados arriba, comuníquese gratis con el Servicio de atención al cliente de ATRIO al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que ATRIO Health Plans no prestó estos servicios o que lo discriminó de otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal en:

ATRIO Compliance Officer  
2965 Ryan Drive SE  
Salem, OR 97301  
1-877-672-8620

Presente una queja con la línea directa de cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952  
[compliance@atriohp.com](mailto:compliance@atriohp.com)

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comuníquese gratis con Servicio al cliente al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Español (Spanish)** - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese)** - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

**繁體中文 (Chinese)** - 注意：如果您講國語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY : 711) 。

**Русский (Russian)** - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

**한국어 (Korean)** - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

**Українська (Ukrainian)** - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

**日本語 (Japanese)** - 注意事項：日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620 (TTY:711) までご連絡ください。このサービスは無料です。

"إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-672-8620 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2900).

**فارسی – (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

**Română (Romanian)** - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

**ខ្មែរ (Cambodian)** - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

**Oroomiffa (Oromo)** - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

**Deutsch (German)** - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

**فارسی – (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

**Français (French)** - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

**ภาษาไทย (Thai)** - โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

## Insertar en varios idiomas

### Servicios de interpretación multilingüe

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-672-8620. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-672-8620. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-672-8620。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-672-8620。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-672-8620. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-672-8620. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-672-8620 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-672-8620. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-672-8620번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-672-8620. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-672-8620. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-672-8620 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-672-8620. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-672-8620. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-672-8620. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-672-8620. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-672-8620にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。