

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 a 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
Prueba 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.....	7
Condición física	7
Servicios quiroprácticos	7
Servicios quiroprácticos/ acupuntura/naturopatía (sin cobertura de Medicare)	7
Artículos de venta libre.....	7
Comidas	7
Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	7
Etapas de deducible.....	7
Etapas de cobertura inicial.....	7
Etapas del período sin cobertura	8
Etapas de cobertura catastrófica	8

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de ATRIO Health Plan, 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 **ATRIO Choice Rx (PPO)** y **ATRIO Prime 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 para estos planes incluye estos condados en **Oregón: condados de Marion y Polk**.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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 a 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 atriohp.com o llame al 1-877-672-8620 (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.

Entienda las reglas importantes

<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_OR_MP_2023_M

H7006-007, H7006-003

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

	ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
Prima del plan	\$0 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$99 al mes. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible del plan	\$0 por año	\$0 por año
Límites de gastos de bolsillo	\$4,500 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$6,500 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.	\$2,500 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$5,000 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.

	ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
Atención en el hospital a pacientes hospitalizados (atención de casos agudos) *	Dentro de la red: \$400 de copago por día para los días del 1-5; \$0 de copago por día a partir del día 6 Fuera de la red: \$500 de copago por día para los días del 1-5; \$0 de copago por día a partir para los días 6-90 Sin máximo de gastos de bolsillo	Dentro de la red: \$225 de copago por día para los días del 1-8; \$0 de copago por día a partir del día 9 Fuera de la red: \$350 de copago por día para los días del 1-7; \$0 de copago por día a partir para los días 8-90 Sin máximo de gastos de bolsillo
Hospital de pacientes ambulatorios *	Dentro de la red: \$300 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro	Dentro de la red: \$275 de copago Fuera de la red: \$425 de copago
Centro quirúrgico ambulatorio*	Dentro de la red: \$225 de copago Fuera de la red: \$325 de copago	Dentro de la red: \$225 de copago Fuera de la red: \$225 de copago
Visitas en el consultorio del médico	<u>Médico de atención primaria:</u> Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: \$50 de copago <u>Especialista:</u> Dentro de la red: \$40 de copago Fuera de la red: \$65 de copago	<u>Médico de atención primaria:</u> Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: \$30 de copago <u>Especialista:</u> Dentro de la red: \$25 de copago Fuera de la red: \$50 de copago
Atención preventiva	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

	ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
Atención de emergencia 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).	\$110 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).
Atención de urgencia Vea “Atención de emergencia” para copagos en todo el mundo.	\$35 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).	\$25 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición).
Prueba de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y rayos X * (como MRI y CT)	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico:</u> Dentro de la red: \$0 a \$150 de copago Fuera de la red: 30% de coseguro</p> <p><u>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u> Dentro de la red: \$20 de copago Fuera de la red: 30% de coseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u> Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: \$20 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> (como radioterapia por cáncer): Dentro de la red: \$60 de copago Fuera de la red: 30% de coseguro</p> <p><u>Rayos X ambulatorios:</u> Dentro de la red: \$15 de copago Fuera de la red: \$20 de copago</p>	<p><u>Servicios de radiología de diagnóstico:</u> Dentro de la red: \$100 de copago Fuera de la red: 30% de coseguro</p> <p><u>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:</u> Dentro de la red: \$15 de copago Fuera de la red: 30% de coseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u> Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> (como radioterapia por cáncer): Dentro de la red: \$60 de copago Fuera de la red: 30% de coseguro</p> <p><u>Rayos X ambulatorios:</u> Dentro de la red: \$15 de copago Fuera de la red: \$15 de copago</p>
Servicios de audición Cubierto por Medicare: exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio.	<p><u>Cubierto por Medicare:</u> Dentro de la red: \$45 de copago Fuera de la red: \$65 de copago</p> <p><u>Servicios de audición adicionales</u> (sin cobertura de Medicare): Examen de audición de rutina Dentro de la red: \$0 de copago Aparatos auditivos: \$699 a \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 al año (uno por año) Fuera de la red: \$0 de copago (Debe usar un proveedor Amplifon para recibir los beneficios de aparatos auditivos)</p>	<p><u>Cubierto por Medicare:</u> Dentro de la red: \$25 de copago Fuera de la red: \$50 de copago</p> <p><u>Servicios de audición adicionales</u> (sin cobertura de Medicare): Examen de audición de rutina Dentro de la red: \$0 de copago Aparatos auditivos: \$699 a \$999 de copago por aparato auditivo, hasta 2 al año (uno por año) Fuera de la red: \$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

	ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
<p>Servicios dentales * 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> Dentro de la red: \$45 de copago Fuera de la red: \$65 de copago <u>Servicios dentales adicionales</u> (sin cobertura de Medicare): Dentro y fuera de la red: \$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> Dentro de la red: \$25 de copago Fuera de la red: \$45 de copago <u>Servicios dentales adicionales</u> (sin cobertura de Medicare): Dentro y fuera de la red: \$0 de copago hasta la asignación</p> <p>\$1,750 de asignación anual para el pago de servicios dentales de prevención y completos en cualquier proveedor mediante una Flex Card.</p>
<p>Servicios de la vista 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> Dentro de la red: \$45 de copago Fuera de la red: \$65 de copago <u>Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare:</u> Dentro y fuera de la red: \$0 de copago <u>Servicios de la vista adicionales</u> (sin cobertura de Medicare): Examen de la vista de rutina Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro</p> <p>Anteojos y lentes de rutina Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: 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><u>Exámenes cubiertos por Medicare:</u> Dentro de la red: \$15 de copago Fuera de la red: \$15 de copago <u>Evaluación de glaucoma cubierta por Medicare:</u> Dentro y fuera de la red: \$0 de copago <u>Servicios de la vista adicionales</u> (sin cobertura de Medicare): Examen de la vista de rutina Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro</p> <p>Anteojos y lentes de rutina Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: 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>Servicios de salud mental *</p>	<p><u>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados:</u> Dentro de la red: \$370 de copago diarios para los días 1-5 \$0 de copago diarios para los días 6-90 Fuera de la red: \$500 de copago diarios para los días 1-5 \$0 de copago diarios para los días 6-90</p> <p><u>visita de terapia individual y de grupo para pacientes ambulatorios:</u> Dentro de la red: \$40 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro</p>	<p><u>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados:</u> Dentro de la red: \$200 de copago diarios para los días 1-8 \$0 de copago diarios para los días 9-90 Fuera de la red: \$325 de copago diarios para los días 1-8 \$0 de copago diarios para los días 9-90</p> <p><u>Visita de terapia individual y de grupo para pacientes ambulatorios:</u> Dentro de la red: \$25 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro</p>
<p>Centro de enfermería</p>	<p>Dentro de la red:</p>	<p>Dentro de la red:</p>

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

	ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
especializada (SNF) *	\$0 de copago diarios para los días 1-20 \$150 de copago diarios para los días 21-100 Fuera de la red: \$150 de copago diarios para los días 1-100	\$0 de copago diarios para los días 1-20 \$125 de copago diarios para los días 21-100 Fuera de la red: \$125 de copago diarios para los días 1-100
Fisioterapia *	<u>Servicios de fisioterapia y terapia del habla:</u> Dentro de la red: \$40 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro <u>Visita de terapia ocupacional:</u> Dentro de la red: \$40 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro	<u>Servicios de fisioterapia y terapia del habla:</u> Dentro de la red: \$30 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro Visita de terapia ocupacional Dentro de la red: \$30 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro
Ambulancia *	Dentro de la red: \$250 de copago Fuera de la red: \$250 de copago	Dentro de la red: \$225 de copago Fuera de la red: \$225 de copago
Transporte	\$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)
Medicamentos de la Parte B de Medicare *	Dentro de la red: 20% de coseguro Fuera de la red: 50% de coseguro	Dentro de la red: 20% de coseguro Fuera de la red: 50% de coseguro
Telesalud (Sin cobertura de Medicare)	Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: sin cobertura (Debe usar el proveedor Teladoc para recibir los beneficios adicionales de telesalud)	Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: sin cobertura (Debe usar el proveedor Teladoc para recibir los beneficios adicionales de telesalud)
Cuidado de los pies 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> Dentro de la red: \$45 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro	<u>Cubierto por Medicare:</u> Dentro de la red: \$25 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro

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

	ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
Equipo y suministros médicos *	<u>Equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos:</u> Dentro de la red: 20% de coseguro Fuera de la red: 50% de coseguro	<u>Equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos:</u> Dentro de la red: 20% de coseguro Fuera de la red: 30% de coseguro
	<u>Suministros y servicios para diabéticos:</u> Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: 50% de coseguro	<u>Suministros y servicios para diabéticos:</u> Dentro de la red: \$0 de copago Fuera de la red: 20% de coseguro
Condición física	\$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.
Servicios quiroprácticos (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> Dentro de la red: \$20 de copago Fuera de la red: \$65 de copago	<u>Cubierto por Medicare:</u> Dentro de la red: \$20 de copago Fuera de la red: \$50 de copago
Servicios quiroprácticos/acupuntura/naturopatía (sin cobertura de Medicare)	Dentro de la red: \$20 de copago Fuera de la red: \$65 de copago Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año	Dentro de la red: \$20 de copago Fuera de la red: \$50 de copago Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura de rutina y naturopatía cada año
Artículos de venta libre	Usted recibirá una asignación de \$50 por trimestre	Usted recibirá una asignación de \$75 por trimestre
Comidas*	\$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

El deducible de la Parte D solo se aplica a medicamentos en los niveles 3, 4 y 5.

ATRIO Choice Rx H7006-007	ATRIO Prime Rx H7006-003
\$100 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.

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

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.

ATRIO Choice Rx			ATRIO Prime 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)	\$8 de copago	\$16 de copago	Nivel 2 (genéricos)	\$8 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidades)	30% 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.