



# Medicare Advantage 2024

## RESUMEN DE BENEFICIOS

ATRIO Choice Rx y Prime Rx (PPO)

Cobertura del área de servicio  
de los condados de Marion y Polk

*Las identificaciones de los planes incluyen: H7006-007, H7006-003*

**1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024**

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Índice

<b>Acerca del Resumen de beneficios y quién puede participar</b>	<b>1</b>
<b>¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?</b>	<b>1</b>
<b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b>	<b>1</b>
<b>Lista de verificación antes de la inscripción</b>	<b>1</b>
Prima del plan	2
Deducible del plan	2
Límites de gastos de bolsillo	2
<b>Beneficios médicos y de hospital cubiertos</b>	<b>2</b>
Atención de hospital de pacientes hospitalizados (casos agudos)	2
Hospital ambulatorio	2
Centro quirúrgico ambulatorio	2
Visitas en el consultorio del médico	2
Atención preventiva	3
Atención de emergencia y de urgencia	3
Pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, radiografías y servicios de radiología	3
Servicios de audición	4
Servicios dentales	4
Servicios de la vista	4
Servicios de salud mental	5
Centro de enfermería especializada (SNF)	5
Terapia ocupacional, física y del habla	5
Ambulancia	6
Transporte	6
Medicamentos de la Parte B de Medicare	6
Visitas virtuales/telesalud	6
Equipo médico duradero (DME) y suministros para diabéticos	6
Fitness	6
Artículos de venta libre	6
Comidas	7
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	7
Terapias alternativas (servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía)	7
<b>Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare</b>	<b>8</b>
Etapas de deducible	8
Etapas de cobertura inicial	8
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 del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o vea su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo los gastos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

[atriohp.com](http://atriohp.com)

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

## Acerca del Resumen de beneficios y quién puede participar



Este es un resumen de los servicios médicos de ATRIO Health Plans y de medicamentos que cubren **ATRIO Choice Rx (PPO) y ATRIO Prime Rx (PPO)**. En la información de beneficios entregada no se muestran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, vea la Evidencia de cobertura en [atriohp.com](http://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 servicio. **Nuestra área de servicio para estos planes incluye los condados de Marion y Polk en Oregon.**

### ¿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 medicamentos con receta (si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos). Puede ver la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (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](http://atriohp.com).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, vea el manual “Medicare y usted” vigente. Véalo en línea en [medicare.gov](http://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 bien todos nuestros beneficios y nuestras reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-672-8620 (TTY 711) y hablar con un representante de Servicio al Cliente todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

<b>Cómo entender los beneficios</b>	
<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 <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a> o llame al <b>1-877-672-8620</b> (TTY 711) para ver una copia de EOC.
<input type="checkbox"/>	Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo están atendiendo ahora 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 use 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.
<b>Cómo entender 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, esa prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
<input type="checkbox"/>	Los beneficios, las primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
<input type="checkbox"/>	Nuestro plan le permite ir con proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores sin contrato pueden negarle la atención. Además, tendrá que hacer un copago más alto por los servicios que reciba de los proveedores sin contrato.

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

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Marion, Polk, OR

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
<b>Prima del plan</b>	\$0 al mes	\$84 al mes
	<i>También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare</i>	
<b>Deducible del plan</b>	\$0 por año	\$0 por año
<b>Máximos de gastos de bolsillo</b>  Lo que paga por los servicios dentro de la red también se aplica a cualquier límite de gastos de bolsillo	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$4,500 por los servicios que reciba de proveedores dentro de la red</li> </ul> <b>Combinado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$6,500 por los servicios que reciba de cualquier proveedor</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$2,950 por los servicios que reciba de proveedores dentro de la red</li> </ul> <b>Combinado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$5,700 por los servicios que reciba de cualquier proveedor</li> </ul>
<b>Beneficios médicos y de hospital cubiertos</b> (los servicios marcados con un * pueden necesitar una autorización previa)		
<b>Atención de hospital de pacientes hospitalizados (casos agudos) *</b>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$425 de copago por día por los días 1-5; \$0 por los días 6-90</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$550 de copago por día por los días 1-5; \$0 por los días 6-90</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$290 de copago por día por los días 1-8; \$0 por los días 9-90</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$395 de copago por día por los días 1-7; \$0 por los días 8-90</li> </ul>
<b>Servicios ambulatorios de hospital *</b>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$425 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$550 de copago</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$290 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$395 de copago</li> </ul>
<b>Servicios en centro quirúrgico ambulatorio *</b>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$225 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$325 de copago</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$225 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$225 de copago</li> </ul>
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	<b>Médico de atención primaria (PCP)</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$50 de copago</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$30 de copago</li> </ul>
	<b>Especialistas</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$40 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$65 de copago</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$25 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$50 de copago</li> </ul>

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Marion, Polk, OR

	<b>ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003</b>
<b>Atención preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no paga nada por los servicios preventivos cubiertos por Medicare</li> <li>• Nuestro plan también cubre un examen físico anual suplementario gratuito</li> </ul>	
<b>Atención de emergencia</b>  Cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo	<b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$120 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición)</li> </ul>	<b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición)</li> </ul>
<b>Atención de urgencia</b>	<b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición)</li> </ul>	<b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$65 de copago (no se aplica el copago si lo ingresan en un plazo de 24 horas por la misma condición)</li> </ul>
<b>Pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, radiografías y servicios de diagnóstico/terapéuticos de radiología *</b>	<b>Servicios de radiología de diagnóstico * (como MRI, CT):</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$150 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$100 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% de coseguro</li> </ul>
	<b>Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico *</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$20 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0-\$15 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% de coseguro</li> </ul>
	<b>Servicios de laboratorio *</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago</li> </ul>
	<b>Servicios de radiología terapéutica * (como tratamiento de radioterapia por cáncer)</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$60 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$60 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% de coseguro</li> </ul>
	<b>Radiografías de pacientes ambulatorios</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 de copago</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$15 de copago</li> </ul>

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Marion, Polk, OR

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
<b>Servicios de audición</b>  Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, y un examen anual de rutina  <i>Se debe usar un proveedor de Amplifon para los beneficios de aparatos auditivos</i>	<b>Exámenes de audición</b> <i>(cubiertos por Medicare y atención complementaria de la audición)</i>	
	<b>Dentro de la red:</b> • \$45 de copago <b>Fuera de la red:</b> • \$65 de copago <b>Dentro y fuera de la red:</b> • \$0 de copago por un examen de rutina por año	<b>Dentro de la red:</b> • \$25 de copago <b>Fuera de la red:</b> • \$50 de copago <b>Dentro y fuera de la red:</b> • \$0 de copago por un examen de rutina por año
	<b>Aparatos auditivos</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> • \$699 o \$999 de copago por aparato auditivo, hasta dos por años	<b>Dentro de la red:</b> • \$699 o \$999 de copago por aparato auditivo, hasta dos por años
<b>Servicios dentales</b>  Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes)	<b>Atención dental</b> <i>(cubierta por Medicare y atención dental complementaria)</i>	
	<b>Dentro de la red:</b> • \$0 de copago <b>Fuera de la red:</b> • \$0 de copago  <b>Dentro y fuera de la red:</b> • Hasta \$1,750 de asignación por año en Flex Card por servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental	<b>Dentro de la red:</b> • \$25 de copago <b>Fuera de la red:</b> • \$45 de copago  <b>Dentro y fuera de la red:</b> • Hasta \$1,750 de asignación por año en Flex Card por servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental
<b>Servicios de la vista</b>  Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluyendo una evaluación anual de glaucoma)	<b>Exámenes de la vista</b> <i>(cubiertos por Medicare y atención complementaria de la vista)</i>	
	<b>Dentro de la red:</b> • \$45 de copago <b>Fuera de la red:</b> • \$65 de copago <b>Dentro de la red:</b> • \$0 de copago por examen anual <b>Fuera de la red:</b> • \$65 de copago por examen anual	<b>Dentro de la red:</b> • \$15 de copago <b>Fuera de la red:</b> • \$15 de copago <b>Dentro de la red:</b> • \$0 de copago por examen anual <b>Fuera de la red:</b> • 50% de coseguro por examen anual

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Condados de Marion, Polk, OR



	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
<b>Servicios de la vista</b> (continúa)  <i>Anteojos incluyen lentes y monturas</i>	<b>Anteojos</b>  <b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta \$200 de asignación para anteojos o \$100 para lentes de contacto, por año</li> </ul>	
<b>Servicios de salud mental*</b>       <i>Sin costo por visita virtual individual/sesiones de telesalud dentro de la red con Teladoc</i>	<b>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados *</b>  <b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$425 de copago por día por los días 1-5; \$0 por los días 6-90</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$550 de copago por día por los días 1-5; \$0 por los días 6-90</li> </ul>	
	<b>Visitas de terapia ambulatoria individual y de grupo</b>  <b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$40 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>	
<b>Centro de enfermería especializada (SNF) *</b>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$10 de copago por día por los días 1-20; \$150 por los días 21-100</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$200 de copago por día por los días 1-100</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por día por los días 1-20; \$125 por los días 21-100</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$125 de copago por día por los días 1-100</li> </ul>
<b>Terapia ocupacional, física y del habla *</b>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$30 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Condados de Marion, Polk, OR



	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
<b>Ambulancia *</b>  <i>Se necesita autorización para transporte que no sea de emergencia</i>	<b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$250 de copago</li> </ul>	<b>Dentro y fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$225 de copago</li> </ul>
<b>Transporte *</b>  <i>Debe usar SafeRide para los viajes cubiertos</i>	24 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud	24 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare *</b>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>0%-20% de coseguro</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>0%-20% de coseguro</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>
<b>Visitas virtuales/telesalud</b>  <i>Debe usar Teladoc para las visitas cubiertas</i>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No está cubierto</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No está cubierto</li> </ul>
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros, y suministros para diabéticos *</b>  <i>Debe usar proveedores preferidos para tener costos compartidos más bajos por DME y suministros médicos</i>	<b>Equipo médico, prótesis y suministros médicos</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>10%-20% de coseguro</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>10%-20% de coseguro</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>30% de coseguro</li> </ul>
	<b>Suministros para la diabetes</b>	
	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>50% de coseguro</li> </ul>	<b>Dentro de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago</li> </ul> <b>Fuera de la red:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>20% de coseguro</li> </ul>
<b>Fitness</b>  Cubre los cargos/clases de membresía en un gimnasio	\$480 de asignación anual en Flex Card	\$500 de asignación anual en Flex Card
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	\$75 de asignación trimestral en Flex Card para ciertos artículos OTC	\$75 de asignación trimestral en Flex Card para ciertos artículos OTC



# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Condados de Marion, Polk, OR



	<b>ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007</b>	<b>ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003</b>
<p><b>Comida</b></p> <p>Después de estancia en el hospital y en algunos servicios médicos en casa</p>	Hasta 2 comidas diarias por 14 días (28 comidas en total por estancia)	Hasta 2 comidas diarias por 14 días (28 comidas en total por estancia)
<p><b>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</b></p> <p><i>Debe usar LifeStation para el beneficio de PERS</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 por un sistema de alerta portátil, incluyendo la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 por un sistema de alerta portátil, incluyendo la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos</li> </ul>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Manipulación de la columna para corregir una subluxación</p> <p><i>Debe usar ASH para los beneficios dentro de la red</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$65 de copago</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$50 de copago</li> </ul>
<p><b>Terapias alternativas (servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía)</b></p> <p><i>Debe usar ASH para los beneficios dentro de la red</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20-\$30 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$65 de copago</li> </ul> <p>Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina por año</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$20 de copago</li> </ul> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$50 de copago</li> </ul> <p>Hasta 30 visitas combinadas por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía de rutina por año</p>

# Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



## Condados de Marion, Polk, OR

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007		ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003	
<b>Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare</b>				
<b>Deducible del medicamento</b>	\$0		\$0	
<b>Niveles de medicamentos</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2</b> Genérico	\$8	\$16	\$8	\$16
<b>Nivel 3*</b> Marca preferido	\$47	\$94	\$47	\$94
<b>Nivel 4*</b> Medicamentos no preferidos	\$100	\$200	\$100	\$200
<b>Nivel 5*</b> Medicamentos especializados	33%	No está disponible	33%	No está disponible
<b>Nivel 6</b> Medicamentos específicos	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Etapa de período sin cobertura</b>				
Cuando el total pagado por usted y el plan llega a \$5,030, pasa a la Etapa de período sin cobertura. Hay un 75% de descuento para la mayoría de los medicamentos de marca y genéricos en esta etapa.				
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b>				
Después de que haya pagado \$8,000 de gastos de bolsillo, pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Usted no paga nada durante el resto del año.				

\*El deducible de la Parte D se aplica a los medicamentos en este nivel.

- Ahorre un mes de copago cambiando al suministro para 90 días en una farmacia de la red o por correo. Pregunte a su médico sobre un suministro para 100 días y ahorre aún más (puede haber restricciones).
- Si vive en un centro de atención de largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia. Si elige el servicio 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.
- Lo que paga por las vacunas** - nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible o llegó al período sin cobertura. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información
- Lo que paga por la insulina** - nuestro plan cubre determinados productos de insulina, por los que usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes sin importar en el nivel que esté, y aun si no ha alcanzado su deducible o llegó al período sin cobertura