



2021 MEDICARE ADVANTAGE PLAN



RESUMEN DE BENEFICIOS

*Miembros en los condados de **Marion y Polk***

Índice

Acerca del Resumen de beneficios y quiénes pueden inscribirse	1
¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?	1
Consejos para comparar las opciones de Medicare.....	1
Lista de control previa a la inscripción	1
Prima mensual, deducibles, y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos	3
Su prima del plan	3
Deducible anual del plan	3
Límites de importes fuera de bolsillo	3
Servicios médicos y hospitalarios cubiertos.....	3
Atención hospitalaria para pacientes internados (agudos).....	3
Hospital para pacientes ambulatorios	3
Centro de cirugía ambulatoria	3
Consultas médicas.....	3
Atención preventiva	4
Atención de emergencia	4
Servicios de atención necesaria con urgencia.....	4
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	4
Servicios de audición	4
Servicios de odontología	4
Servicios para la visión	5
Servicios de salud mental.....	5
Centro de enfermería especializada (SNF)	5
Servicios de rehabilitación.....	5
Ambulancia	5
Transporte.....	6
Medicamentos de la Parte B de Medicare	6
Atención de los pies.....	6
Equipos e insumos médicos.....	6
Programas de bienestar	6
Servicios quiroprácticos.....	6
Beneficios complementarios opcionales	6
Beneficios de medicamentos recetados	8
Etapa deducible	8
Etapa inicial de la cobertura	8
Etapa de brecha de cobertura	8
Etapa de cobertura por catástrofe.....	8

ATRIO Health Plans posee los planes PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en los Planes de salud ATRIO depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a miembros del ATRIO Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, lo invitamos a que usted o su proveedor nos solicite una determinación previa al servicio antes de recibirlo. Llame al número del Servicio de atención al cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Resumen de beneficios 2021

Del viernes, 1 de enero de 2021 al viernes, 31 de diciembre de 2021

Acerca del Resumen de beneficios y quiénes pueden inscribirse

Este es un resumen de los servicios de salud y de medicamentos cubiertos por **ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO)** y **ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO)**. La información sobre beneficios que se proporciona no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura en atriohp.com. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oregon: **Condados de Marion y Polk**.

¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?

Los planes ATRIO Health Plans cuentan con una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores en nuestra red, pagará menos por los servicios cubiertos. Sin embargo, si lo desea, puede también usar los proveedores que no se encuentran dentro de nuestra red. Para obtener sus recetas de medicamentos recetados, generalmente debe utilizar las farmacias de la red.

Puede ver el formulario de nuestro plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D), el directorio de proveedores y el directorio de farmacias en nuestro sitio web atriohp.com.

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de "Medicare y Usted". Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Lista de control previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de atención al cliente al 1-877-672-8620.

Comprenda los beneficios	
<input type="checkbox"/>	Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente los servicios para los cuales habitualmente visita a un médico. Para ver una copia de la EOC, visite atriohp.com o llame al 1-877-672-8620.
<input type="checkbox"/>	Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted visita ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, esto significa que probablemente tendrá que elegir un médico nuevo.
<input type="checkbox"/>	Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos recetados está en la red. Si no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una farmacia nueva para sus recetas.
Comprenda las reglas importantes	
<input type="checkbox"/>	Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se extrae de su cheque del Seguro Social todos los meses.
<input type="checkbox"/>	Es posible que el sábado, 1 de enero de 2022 cambien los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros.
<input type="checkbox"/>	Nuestro plan le permite visitar proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor sin contrato, el proveedor debe aceptar brindarle tratamiento. Excepto en una emergencia o en situaciones de

	urgencia, los proveedores sin contrato pueden negarse a brindar atención. Además, usted deberá pagar un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores sin contrato.
--	--

H7006_SB_MP_2021_M
003, 001

Prima mensual, deducibles, y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos

	ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) H7006-003	ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) H7006-001
Su prima del plan	\$75 por mes. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$190 por mes. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible anual del plan	\$100	Este plan no cuenta con un deducible
Límites de importes fuera de bolsillo	\$4.500 por los servicios que recibe de los proveedores de la red. \$6,500 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite por los servicios que recibe de los proveedores de la red se tendrá en cuenta en este límite.	\$3.900 por los servicios que recibe de los proveedores de la red. \$6,000 por los servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite por los servicios que recibe de los proveedores de la red se tendrá en cuenta en este límite.

Servicios médicos y hospitalarios cubiertos

Nota: Es probable que los servicios que poseen un * requieran autorización previa.

	ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) H7006-003	ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) H7006-001
Atención hospitalaria para pacientes internados (agudos) * Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía por internación hospitalaria (para pacientes agudos).	Dentro de la red: <ul style="list-style-type: none"> \$325 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 \$0 de copago por día a partir del día 91 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> \$325 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 	Dentro de la red: <ul style="list-style-type: none"> \$320 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 \$0 de copago por día a partir del día 91 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> \$320 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90
Hospital para pacientes ambulatorios *	Hospital para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$325 Fuera de la red: Copago de \$425	Hospital para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$175 Fuera de la red: Copago de \$325
Centro de cirugía ambulatoria *	Centro de cirugía ambulatoria: Dentro de la red: Copago de \$175 Fuera de la red: Copago de \$225	Centro de cirugía ambulatoria: Dentro de la red: Copago de \$150 Fuera de la red: Copago de \$225
Consultas médicas	Médico de atención primaria: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: Copago de \$35 Especialista: Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: Copago de \$50	Médico de atención primaria: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: Copago de \$30. Especialista: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: Copago de \$40

Resumen de beneficios: Del viernes, 1 de enero de 2021 al viernes, 31 de diciembre de 2021

	ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) H7006-003	ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) H7006-001
Atención preventiva	No paga nada para servicios preventivos cubiertos por Medicare. Cualquier servicio adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura. Nuestro plan también cubre un examen físico anual sin costo.	
Atención de emergencia Cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial.	Copago de \$90	Copago de \$90
Servicios de atención necesaria con urgencia Para cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial, consulte "Atención de emergencia".	Copago de \$25.	Copago de \$25.
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías *	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: 30% del costo</p> <p>Servicios de laboratorio Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Copago de \$0</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas y tomografías): Dentro de la red: 20% del costo Fuera de la red: 30% del costo</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: 30% del costo</p>	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Dentro de la red: Copago de \$10 Fuera de la red: 30% del costo</p> <p>Servicios de laboratorio Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Copago de \$0</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (tales como resonancias magnéticas y tomografías): Dentro de la red: 15% del costo Fuera de la red: 30% del costo</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios: Dentro de la red: Copago de \$10 Fuera de la red: 30% del costo</p>
Servicios de audición Cubiertos por Medicare: Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio:	Cubiertos por Medicare: Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: Copago de \$50	Cubiertos por Medicare: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: Copago de \$50
Servicios de odontología * Cubiertos por Medicare: Servicios odontológicos limitados (esto no incluye los servicios relacionados con el cuidado, el tratamiento, el relleno, la extracción o el reemplazo de dientes).	<p>Únicamente servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios odontológicos preventivos son un beneficio complementario opcional que está cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios complementarios opcionales para obtener más información.</p>	<p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios odontológicos preventivos: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: Copago de \$15</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 tratamientos orales por año calendario • Hasta 2 profilaxis (limpiezas) por año calendario • Hasta 2 tratamientos de fluoruro por año calendario

Resumen de beneficios: Del viernes, 1 de enero de 2021 al viernes, 31 de diciembre de 2021

	ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) H7006-003	ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) H7006-001
		<ul style="list-style-type: none"> Hasta 1 radiografía odontológica por año calendario <p>Nuestro plan cubre hasta \$500 cada año para cubrir servicios dentales preventivos de cualquier proveedor.</p>
<p>Servicios para la visión Cubiertos por Medicare: Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluye examen anual de detección de glaucoma).</p>	<p>Únicamente servicios para la visión cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios para la visión de rutina son un beneficio complementario opcional que está cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios complementarios opcionales para obtener más información.</p>	<p>Servicios para la visión cubiertos por Medicare</p> <p>Examen de visión de rutina: 1 examen de la visión de rutina por año calendario.</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$15</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$15</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$150 cada dos años calendario por lentes de cualquier proveedor.</p>
<p>Servicios de salud mental *</p>	<p>Atención de la salud mental para pacientes internados:</p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$300 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 <p>Visita de terapia grupal e individual ambulatoria:</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35</p> <p>Fuera de la red: 50% del costo</p>	<p>Atención de la salud mental para pacientes internados:</p> <p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$300 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 <p>Visita de terapia grupal e individual ambulatoria:</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Fuera de la red: 50% del costo</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF) *</p>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día para los días 1-20 \$125 de copago por día para los días 21-100 <p>Fuera de la red: \$125 de copago por día para los días 1-100</p>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día para los días 1-20 \$125 de copago por día para los días 21-100 <p>Fuera de la red: \$125 de copago por día para los días 1-100</p>
<p>Servicios de rehabilitación *</p>	<p>Consultas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$35</p> <p>Fuera de la red: 50% del costo</p>	<p>Consultas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:</p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20</p> <p>Fuera de la red: 50% del costo</p>
<p>Ambulancia *</p>	<p>Dentro de la red: 20% del costo</p> <p>Fuera de la red: 20% del costo</p>	<p>Dentro de la red: 15% del costo</p> <p>Fuera de la red: 15% del costo</p>

Resumen de beneficios: Del viernes, 1 de enero de 2021 al viernes, 31 de diciembre de 2021

	ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) H7006-003	ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) H7006-001
Transporte	No está cubierta.	No está cubierta.
Medicamentos de la Parte B de Medicare *	Dentro de la red: 20% del costo Fuera de la red: 50% del costo	Dentro de la red: 20% del costo Fuera de la red: 50% del costo
Atención de los pies Cubiertos por Medicare: Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	Cubiertos por Medicare: Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: 50% del costo	Cubiertos por Medicare: Dentro de la red: Copago de \$20 Fuera de la red: 50% del costo Cuidado de los pies de rutina: Dentro de la red: Copago de \$15 Fuera de la red: 50% del costo Nuestro plan cubre hasta \$500 por año calendario para el cuidado de los pies de rutina.
Equipos e insumos médicos *	Equipamiento médico duradero (DME), prótesis/insumos médicos: Dentro de la red: 17% del costo Fuera de la red: 30% del costo Insumos y servicios para diabéticos: Dentro de la red: 0% del costo Fuera de la red: 20% del costo	Equipamiento médico duradero (DME), prótesis/insumos médicos: Dentro de la red: 15% del costo Fuera de la red: 50% del costo Insumos y servicios para diabéticos: Dentro de la red: 0% del costo Fuera de la red: 20% del costo
Programas de bienestar	Beneficio de bienestar: Cobertura máxima de beneficio del plan de \$500 por año calendario.	Beneficio de bienestar: Cobertura máxima de beneficio del plan de \$500 por año calendario.
Servicios quiroprácticos Cubiertos por Medicare: Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de su columna están fuera de posición).	Únicamente servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Únicamente servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

Beneficios complementarios opcionales

El cuadro a continuación describe el paquete de beneficios complementarios opcional ofrecido.

Prima	\$33
Odontología preventiva	Dentro y fuera de la red: Copago de \$35 para una visita única al consultorio que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (hasta 2 por año) • Radiografía(s) dental(es) (hasta 1 por año) • Tratamiento de fluoruro (hasta 2 por año) • Examen oral (hasta 2 por año): Nuestro plan cubre hasta \$500 cada año calendario para cubrir servicios odontológicos preventivos de cualquier proveedor.
Examen de visión de rutina	Dentro y fuera de la red: Copago de \$35 para 1 examen de visión de rutina por año calendario.

Resumen de beneficios: Del viernes, 1 de enero de 2021 al viernes, 31 de diciembre de 2021

Lentes de rutina	Nuestro plan cubre hasta \$100 cada dos años calendario por lentes de cualquier proveedor.
-------------------------	--

Beneficios de medicamentos recetados

Etapa deducible

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

ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) H7006-003	ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO) H7006-001
El deducible de la Parte D es de \$200.	El deducible de la Parte D es de \$0.

Etapa inicial de la cobertura

Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,130.

ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO)			ATRIO Gold Rx (Willamette) (PPO)		
Costo compartido estándar de medicamentos al por menor			Costo compartido estándar de medicamentos al por menor		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$6	Copago de \$12	Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$30	Nivel 2 (Genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$40	Copago de \$80	Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$85	Copago de \$170	Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$75	Copago de \$150
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	29% del costo	No disponible	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	No disponible
Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0	Nivel 6 (Medicamentos seleccionados)	\$0	\$0

Etapa de brecha de cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen algo sin cobertura (también denominado "brecha"). La brecha de cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos alcanza los \$4,130.

Luego de que ingrese en la etapa de brecha de cobertura, pagará el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen los \$6,550, que representa el final de la brecha de cobertura.

Etapa de cobertura por catástrofe

Luego de que sus costos anuales de bolsillo por medicamentos alcancen los \$6,550, usted pagará lo que sea mayor de:

- 5% del costo, o
- un copago de \$3.70 para genéricos y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos.



**MARION & POLK
OFICINA DEL CONDADO**

2965 Ryan Drive SE
Salem, OR 97301

1(877)672-8620

TTY/TDD: 1(800)735-2900

HORAS DE OFICINA

Diariamente, 8 a.m. - 5 p.m. Pacífico

**HORARIO DE SERVICIO AL
CLIENTE**

Diariamente, 8 a.m. - 8 p.m. Pacífico

Usted puede obtener ayuda extra para pagar su medicamento recetado Primas y costos. Para ver si califica para ayuda adicional, llame a:

- 1 (800) MEDICARE. Los usuarios de TTY / TDD deben llamar 1 (877) 486-2048, 24 horas a día / 7 días a la semana.
- La oficina de seguridad social en 1 (800) 772-1213 entre las 7 a.m. y de 7 p.m., de lunes a Viernes. Los usuarios de TTY / TDD deben Llame al 1 (800) 325-0778, o su Oficina de Medicaid.

ATRIO Health Plans tiene planes PPO y HMO D-SNP con un contrato con Medicare. Inscripción en planes de salud ATRIO Depende de la renovación del contrato.

H7006_SB_MP_2021_M

atriohp.com

