

# **Resumen de beneficios para 2027**

ATRIO Choice Rx (PPO)

ATRIO Prime Rx (PPO)

ATRIO Freedom (PPO)

H6743, plan 001

H6743, plan 030

H6743, plan 031

1 de enero de 2027 - 31 de diciembre de 2027

## **Lista de verificación previa a la inscripción**

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711).

### **Cómo entender los beneficios**

- ☐ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [atriohp.com](http://atriohp.com) o llame al 1-877-672-8620 (TTY 711) para ver una copia de la Evidencia de Cobertura.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir otro médico.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utilice para obtener cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### **Cómo entender las normas importantes**

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2028.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar brindarle atención. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

## **Acerca del Resumen de beneficios y quién puede inscribirse**

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos de ATRIO Health Plans cubiertos por ATRIO Choice Rx (PPO), ATRIO Prime Rx (PPO) y ATRIO Freedom (PPO). La información de beneficios proporcionada no indica 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](https://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.

Nuestros planes y áreas de servicio:

H6743-001 ATRIO Choice Rx (PPO) incluye estos condados en Oregon: Klamath

H6743-030 ATRIO Prime Rx (PPO) incluye estos condados en Oregon: Klamath

H6743-031 ATRIO Freedom (PPO) incluye estos condados en Oregon: Klamath

ATRIO no está disponible en los siguientes códigos postales del condado de Klamath: 97425, 97731, 97733, 97737 y 97739.

## **¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo acudir?**

Los ATRIO Health Plans ofrecen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted se atiende con los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Si se atiende con proveedores que no están en nuestra red, es posible que los costos que paga de su bolsillo sean mayores. En general, debe surtir sus medicamentos con receta en las farmacias de la red (si elige un plan que incluya cobertura para medicamentos). Consulte el Formulario (lista de medicamentos con receta de la Parte D), el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web [atriohp.com](https://atriohp.com).

## **Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" ("Medicare y Usted"). Puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                       | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                           | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                            | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b> <i>(incluye tanto beneficios médicos como de medicamentos)</i>          | \$26                                                                                                                              | \$139                                                                                                                             | \$0                                                                                              |
| <b>Reducción en la prima de la Parte B</b>                                                            | No está disponible.                                                                                                               | No está disponible.                                                                                                               | Este plan ofrece un \$25 a devolverse cada mes en su cheque del Seguro Social.                   |
| <b>Deducible</b>                                                                                      | No hay deducible para gastos médicos. Consulte la cobertura para medicamentos con receta para conocer el deducible de la Parte D. | No hay deducible para gastos médicos. Consulte la cobertura para medicamentos con receta para conocer el deducible de la Parte D. | No hay deducible para gastos médicos.                                                            |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</i> | De proveedores de la red: \$7,150<br>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,750                                 | De proveedores de la red: \$4,450<br>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$6,700                                  | De proveedores de la red: \$7,150<br>De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$9,000 |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                                                                                                    | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura hospitalaria para<br/>pacientes internados</b>                                                                                                                                        | <b>Dentro de la red</b><br>\$435 de copago<br>cada día por los<br>días 1 al 7 y \$0 de<br>copago cada día<br>por los días 8 al 90<br>por atención<br>hospitalaria<br>cubierta por<br>Medicare.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$550 de copago<br>cada día por los<br>días 1 al 7 y \$0 de<br>copago cada día<br>por los días 8 al 90<br>por atención<br>hospitalaria<br>cubierta por<br>Medicare. | <b>Dentro de la red</b><br>\$425 de copago<br>cada día por los<br>días 1 al 7 y \$0 de<br>copago cada día<br>por los días 8 al 90<br>por atención<br>hospitalaria<br>cubierta por<br>Medicare.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$550 de copago<br>cada día por los<br>días 1 al 7 y \$0 de<br>copago cada día<br>por los días 8 al 90<br>por atención<br>hospitalaria<br>cubierta por<br>Medicare. | <b>Dentro de la red</b><br>\$425 de copago<br>cada día por los<br>días 1 al 7 y \$0 de<br>copago cada día<br>por los días 8 al 90<br>por atención<br>hospitalaria<br>cubierta por<br>Medicare.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$475 de copago<br>cada día por los<br>días 1 al 7 y \$0 de<br>copago cada día<br>por los días 8 al 90<br>por atención<br>hospitalaria<br>cubierta por<br>Medicare. |
| <b>Cobertura hospitalaria para<br/>pacientes externos</b><br><br>Servicios hospitalarios para<br>pacientes externos<br><br><br>Servicios de observación<br>hospitalaria para pacientes<br>externos | <b>Dentro de la red</b><br>\$500 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$600 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$500 de copago<br>por estadía*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$600 de copago                                                                                                                                                                                      | <b>Dentro de la red</b><br>\$350 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$450 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$350 de copago<br>por día*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$450 de copago                                                                                                                                                                                          | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$275 de copago<br>por día*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                                                                                                                                                          |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                              | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                   | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                    | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro quirúrgico ambulatorio<br/>(Ambulatory Surgical Center,<br/>ASC)</b>                               | <b>Dentro de la red</b><br>\$225 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$225 de copago                                                                                              | <b>Dentro de la red</b><br>\$225 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$325 de copago                                                                                              | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                                                               |
| <b>Consultas médicas</b><br><br>Proveedores de atención<br>primaria<br><br>Especialistas                     | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$60 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$60 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$75 de copago | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$30 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$35 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$50 de copago | <b>Dentro de la red</b><br>\$10 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$50 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$65 de copago |
| <b>Atención preventiva (p. ej.,<br/>vacunas antigripales, exámenes<br/>para la detección de la diabetes)</b> | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                                                                    |
| <b>Atención de emergencia</b>                                                                                | \$130 de copago<br>El copago no se<br>aplica si lo<br>ingresan en un<br>hospital dentro de<br>24 horas.                                                                                   | \$150 de copago<br>El copago no se<br>aplica si lo<br>ingresan en un<br>hospital dentro de<br>24 horas.                                                                                   | \$125 de copago<br>El copago no se<br>aplica si lo<br>ingresan en un<br>hospital dentro de<br>24 horas.                                                                                    |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                    | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                     | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de urgencia</b>                                                                                   | \$50 de copago<br>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. | \$65 de copago<br>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. | \$50 de copago<br>El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas. |
| <b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio para diagnóstico / diagnóstico por imagen</b>             |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                            |
| Pruebas y procedimientos de diagnóstico                                                                        | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 - \$350 de copago*                                          | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 - \$250 de copago*                                          | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 - \$20 de copago*                                           |
|                                                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                  |
| Servicios de laboratorio                                                                                       | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                                                  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                                                  | <b>Dentro de la red</b><br>\$20 de copago*                                                 |
|                                                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>15% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                    | <b>Fuera de la red</b><br>15% de coseguro                                                  |
| Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej., resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan)) | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de coseguro*                                           | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de coseguro*                                           | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de coseguro*                                           |
|                                                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                  |
| Radiografías para pacientes externos                                                                           | <b>Dentro de la red</b><br>\$30 de copago*                                                 | <b>Dentro de la red</b><br>\$15 de copago*                                                 | <b>Dentro de la red</b><br>\$20 de copago*                                                 |
|                                                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                  | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                  |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                                                                 | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                        | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                         | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Radiología terapéutica                                                                                                                                          | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro *                                   | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro *                                   | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro *                                   |
|                                                                                                                                                                 | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                      |
| <b>Servicios auditivos</b>                                                                                                                                      |                                                                                |                                                                                |                                                                                |
| Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio                                                                      | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago                                      | <b>Dentro de la red</b><br>\$15 de copago                                      | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago                                      |
|                                                                                                                                                                 | <b>Fuera de la red</b><br>\$50 de copago                                       | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>\$50 de copago                                       |
| Examen auditivo de rutina y audífonos (servicios no cubiertos por Medicare) deben ser administrados por un proveedor de TruHearing por copagos dentro de la red | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año *  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año *  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año *  |
| Examen auditivo de rutina                                                                                                                                       | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                      |
| Evaluaciones para la adaptación de audífonos                                                                                                                    | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Sin límite de consultas cada año * | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Sin límite de consultas cada año * | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Sin límite de consultas cada año * |
|                                                                                                                                                                 | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                      | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                      |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                             | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Audífonos</b><br><br>○ Todos los tipos                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$699 - \$999 de copago<br>Se limita a 2 audífono(s) cada año*                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$699 - \$999 de copago<br>Se limita a 2 audífono(s) cada año*                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Dentro de la red</b><br>\$699 - \$999 de copago<br>Se limita a 2 audífono(s) cada año*                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                             | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios dentales</b><br>†El beneficio no se transfiere | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$65 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br>\$200 de asignación cada seis meses† cargados en su Tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y preventivos adicionales. Se excluyen los procedimientos cosméticos. | <b>Dentro de la red</b><br>\$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br>\$300 de asignación cada seis meses† cargados en su Tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales. Se excluyen los procedimientos cosméticos. | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br><br>\$300 de asignación cada seis meses† cargados en su Tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales. Se excluyen los procedimientos cosméticos. |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                                                        | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                 | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                  | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención de la vista</b>                                                                                                                            |                                                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                                                         |
| Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista cubierto por Medicare                                                          | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago                                                                               | <b>Dentro de la red</b><br>\$15 de copago                                                                               | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago                                                                               |
|                                                                                                                                                        | <b>Fuera de la red</b><br>\$65 de copago                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>\$15 de copago                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>\$45 de copago                                                                                |
| Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.                                                     | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago                                                                               | <b>Dentro de la red</b><br>\$15 de copago                                                                               | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago                                                                               |
|                                                                                                                                                        | <b>Fuera de la red</b><br>\$65 de copago                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>\$15 de copago                                                                                | <b>Fuera de la red</b><br>\$45 de copago                                                                                |
| Examen de la vista de rutina (servicios no cubiertos por Medicare) deben ser administrados por un proveedor de <b>VSP</b> por copagos dentro de la red | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año                                             | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año                                             | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año                                             |
|                                                                                                                                                        | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                               | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                               | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                               |
| <b>Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina</b>                                                                                             | <b>Dentro de la red</b><br>\$150 de asignación combinada cada año por lentes de contacto o marcos y lentes de anteojos. | <b>Dentro de la red</b><br>\$200 de asignación combinada cada año por lentes de contacto o marcos y lentes de anteojos. | <b>Dentro de la red</b><br>\$150 de asignación combinada cada año por lentes de contacto o marcos y lentes de anteojos. |
|                                                                                                                                                        | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                               | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                               | <b>Fuera de la red</b><br>80% de coseguro                                                                               |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                          | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de salud mental</b><br><br>Consulta como paciente internado | <b>Dentro de la red</b><br>\$450 de copago cada día por los días 1 al 5 y \$0 de copago cada día por los días 6 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.<br>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$550 de copago cada día por los días 1 al 5 y \$0 de copago cada día por los días 6 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. | <b>Dentro de la red</b><br>\$325 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.<br>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$450 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. | <b>Dentro de la red</b><br>\$290 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.<br>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$475 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                       | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> | <b>Dentro de la red</b><br>\$10 de copago<br>cada día por los días 1 al 20 y \$214 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$300 de copago<br>cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. | <b>Dentro de la red</b><br>\$20 de copago<br>cada día por los días 1 al 20 y \$203 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$500 de copago<br>cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. | <b>Dentro de la red</b><br>\$10 de copago<br>cada día por los días 1 al 20 y \$203 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$203 de copago<br>cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. |
| <b>Fisioterapia</b>                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$50 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Dentro de la red</b><br>\$35 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                               | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                         | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                          | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de ambulancia</b>                |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ambulancia terrestre                          | <b>Dentro de la red</b><br>\$350 de copago<br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>                                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$275 de copago<br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>                                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>\$275 de copago<br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>                                                                                                   |
| Ambulancia aérea                              | <b>Fuera de la red</b><br>\$350 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$350 de copago<br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i><br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$350 de copago | <b>Fuera de la red</b><br>\$275 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$275 de copago<br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i><br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$275 de copago | <b>Fuera de la red</b><br>\$275 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$275 de copago<br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i><br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$275 de copago |
| <b>Transporte (adicional de rutina)</b>       | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Medicamentos para quimioterapia y radiación   | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                               | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                               | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                               |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                  | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Otros medicamentos de la Parte B | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de<br>coseguro*     | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de<br>coseguro*    | <b>Dentro de la red</b><br>0% - 20% de<br>coseguro*   |
|                                  | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro               | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro              | <b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro             |

Beneficios adicionales

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                                                                                                                            | ATRIO Choice Rx<br>(PPO)<br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                  | ATRIO Prime Rx<br>(PPO)<br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                   | ATRIO Freedom<br>(PPO)<br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen físico anual de rutina                                                                                                                                                                                              | Dentro de la red<br>\$0 de copago<br><br>Fuera de la red<br>\$0 de copago                                                                                                        | Dentro de la red<br>\$0 de copago<br><br>Fuera de la red<br>\$0 de copago                                                                                                        | Dentro de la red<br>\$0 de copago<br><br>Fuera de la red<br>\$0 de copago                                                                                                        |
| Servicios quiroprácticos, de<br>acupuntura y de naturopatía<br>(servicios complementarios de<br>rutina)<br>†El beneficio no se transfiere                                                                                  | \$200 de asignación<br>cada seis meses†,<br>cargados en su<br>Tarjeta Flex Card,<br>para servicios<br>combinados de<br>quiropática,<br>acupuntura y<br>naturopatía de<br>rutina. | \$100 de asignación<br>cada seis meses†,<br>cargados en su<br>Tarjeta Flex Card,<br>para servicios<br>combinados de<br>quiropática,<br>acupuntura y<br>naturopatía de<br>rutina. | \$100 de asignación<br>cada seis meses†,<br>cargados en su<br>Tarjeta Flex Card,<br>para servicios<br>combinados de<br>quiropática,<br>acupuntura y<br>naturopatía de<br>rutina. |
| Servicios de quiropática<br><br>Cubiertos por Medicare:<br>Manipulación manual de la<br>columna vertebral para<br>corregir subluxaciones (cuando<br>1 o más de los huesos de la<br>columna se desplazan de su<br>posición) | Dentro de la red<br>\$15 de copago<br><br>Fuera de la red<br>\$15 de copago                                                                                                      | Dentro de la red<br>\$15 de copago<br><br>Fuera de la red<br>\$15 de copago                                                                                                      | Dentro de la red<br>\$15 de copago<br><br>Fuera de la red<br>\$15 de copago                                                                                                      |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                              | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                               | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Equipo médico duradero<br/>(Durable Medical Equipment,<br/>DME) y suministros relacionados</b><br><br>Los suministros de DME no son elegibles para los gastos con la Tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                         | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                         | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>30% de coseguro                                                         |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b><br>†El beneficio no se transfiere                                                                                                                                                                   | \$175 de asignación cada seis meses† disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico. | \$150 de asignación cada seis meses† disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico. | \$100 de asignación cada seis meses† disponibles a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico. |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                                     | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                                  | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                                   | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de comidas</b>                                                                                         | \$0 de copago por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio) (paciente internado o admisión directa/admisión posterior al hospital en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)).* | \$0 de copago por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio) (paciente internado o admisión directa/admisión posterior al hospital en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)).* | \$0 de copago por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio) (paciente internado o admisión directa/admisión posterior al hospital en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)).* |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b><br>Servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional | <b>Dentro de la red</b><br>\$50 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                                              | <b>Dentro de la red</b><br>\$30 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                                              | <b>Dentro de la red</b><br>\$45 de copago*<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro                                                                                                                                                              |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                                                                                        | <b>ATRIO Choice Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>ATRIO Prime Rx<br/>(PPO)</b><br>H6743030<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>ATRIO Freedom<br/>(PPO)</b><br>H6743031<br>Klamath                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b><br>†El beneficio no se transfiere | \$20 cada tres meses†, cargados en su Tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos. Busque los productos OTC elegibles usando la aplicación de la Tarjeta Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) no son productos OTC elegibles. | \$60 cada tres meses†, cargados en su Tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos. Busque los productos OTC elegibles usando la aplicación de la Tarjeta Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) no son productos OTC elegibles. | \$25 cada tres meses†, cargados en su Tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos. Busque los productos OTC elegibles usando la aplicación de la Tarjeta Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) no son productos OTC elegibles. |
| <b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b>             | <b>Dentro de la red</b><br>\$55 de copago por día<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro por día                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro por día<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro por día                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Dentro de la red</b><br>20% de coseguro por día<br><br><b>Fuera de la red</b><br>50% de coseguro por día                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</b>                                                       | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Fuera de la red</b><br>\$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                      |

(Los servicios marcados con un \* pueden requerir autorización previa).

|                                              | ATRIO Choice Rx<br>(PPO)<br>H6743001<br>Klamath | ATRIO Prime Rx<br>(PPO)<br>H6743030<br>Klamath | ATRIO Freedom<br>(PPO)<br>H6743031<br>Klamath |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Cobertura de emergencias en<br>todo el mundo | \$140 de copago                                 | \$500 de copago                                | \$125 de copago                               |

| Cobertura para medicamentos con receta                                                 | ATRIO Choice Rx (PPO)<br>H6743001<br>Klamath                                                                                                                                                         | ATRIO Prime Rx (PPO)<br>H6743030<br>Klamath                                                               | ATRIO Freedom (PPO)<br>H6743031<br>Klamath |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Etapas 1: Deducible anual para medicamentos con receta</b>                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                            |
| <b>Deducible</b>                                                                       | \$350 por los medicamentos con receta de la Parte D Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. | Este plan no tiene deducible por los medicamentos de la Parte D, esta etapa de pago no se aplica a usted. | No está disponible                         |
| <b>Etapas 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b> |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                            |
| <b>Costo compartido minorista estándar (31 días/100 días de suministro)</b>            |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                            |
| <b>Nivel 1</b><br>(medicamentos genéricos preferidos)                                  | \$0/\$0 de copago                                                                                                                                                                                    | \$0/\$0 de copago                                                                                         | No está disponible                         |
| <b>Nivel 2</b><br>(medicamentos genéricos)                                             | \$10/\$20 de copago                                                                                                                                                                                  | \$8/\$16 de copago                                                                                        | No está disponible                         |
| <b>Nivel 3*</b><br>(medicamentos de marca preferida)                                   | \$47/\$94 de copago                                                                                                                                                                                  | \$47/\$94 de copago                                                                                       | No está disponible                         |
| <b>Nivel 4*</b><br>(medicamentos no preferidos)                                        | \$100/\$200 de copago                                                                                                                                                                                | \$100/\$200 de copago                                                                                     | No está disponible                         |
| <b>Nivel 5*</b><br>(medicamentos especializados)                                       | 28% de coseguro/No está disponible                                                                                                                                                                   | 33% de coseguro/No está disponible                                                                        | No está disponible                         |

| Cobertura para medicamentos con receta                                                                                                                                                                                         | ATRIO Choice Rx (PPO)<br>H6743001<br>Klamath | ATRIO Prime Rx (PPO)<br>H6743030<br>Klamath | ATRIO Freedom (PPO)<br>H6743031<br>Klamath |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Nivel 6</b><br>(medicamentos para cuidados selectos)                                                                                                                                                                        | \$0/\$0 de copago                            | \$0/\$0 de copago                           | No está disponible                         |
| <b>Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas</b>                                                                                                                                                                        |                                              |                                             |                                            |
| Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de los pedidos por correo) alcancen \$2,400, usted no paga nada. |                                              |                                             |                                            |

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo (Long Term care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar, o si el medicamento con receta es de corto plazo (suministro para 31 días) o de largo plazo (suministro para 100 días).

- Ahorre un mes de copago cambiando a un suministro para 90 días obtenido en una farmacia minorista de la red o en una farmacia de pedido por correo. Pregunte a su médico sobre un suministro para 100 días y ahorre aún más (se aplican restricciones).
- Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Si elige el pedido por correo, paga lo mismo que por un suministro minorista para 90 días en una farmacia de la red. Usted puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia de la red.
- Lo que le corresponde pagar por las vacunas - nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible. Llame a Servicios para los miembros de ATRIO para obtener más información.
- Lo que le corresponde pagar por la insulina - nuestro plan cubre productos de insulina selectos, por los que usted pagará hasta \$35 por un suministro para un mes, independientemente de a qué nivel pertenezca, e incluso si no ha alcanzado su deducible.

ATRIO Health Plans son planes PPO, PPO C-SNP y HMO D-SNP que tienen contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de ATRIO Health Plans, salvo en situaciones de emergencia. En caso de necesitar una decisión acerca de si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor nos soliciten una determinación de la organización previa al servicio antes de que le presten el servicio. Comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (TTY 711), Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m.,

hora local o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.