



Medicare Advantage 2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y
ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)

Cobertura del área de servicio de
los condados Klamath, Douglas
Marion y Polk

*Las identificaciones del plan incluyen: H3814-007,
H3814-030, H5995-001*

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Índice

Acerca del Resumen de beneficios	1
¿Quién se puede inscribir?	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?	1
Consejos para comparar sus opciones de Medicare	1
Lista de verificación antes de la inscripción	2
Elegibilidad para el plan, gastos compartidos y prima	3
Deducible del plan	3
Máximos de gastos de bolsillo	3
Beneficios médicos y de hospital cubiertos	3
Atención en el hospital a pacientes hospitalizados (atención de casos agudos)	3
Hospital de paciente ambulatorio	3
Centro quirúrgico ambulatorio	3
Visitas en el consultorio del médico	3
Atención preventiva	3
Atención de emergencia y de urgencia	3
Pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, radiografías y servicios de radiología	3
Servicios de audición	3
Servicios dentales	4
Servicios de la vista	4
Servicios de salud mental	4
Centro de enfermería especializada (SNF)	4
Terapia ocupacional, física y del habla	4
Ambulancia	4
Transporte	4
Medicamentos de la Parte B de Medicare	4
Cuidado de los pies	4
Equipo médico duradero (DME)/suministros para diabéticos	4
Servicios quiroprácticos	4
Terapias alternativas	5
Visitas virtuales/telesalud	5
Comida	5
Fitness	5
Artículos de venta libre	5
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	5
Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	5
Etapa de deducible	5
Etapa de cobertura inicial	5
Etapa de cobertura catastrófica	5
Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)	6
Servicios sin cobertura de Oregon Health Plan (<i>exclusiones</i>)	7

*Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de atender a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o vea su Evidencia de cobertura para obtener más información.

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Acerca del Resumen de beneficios

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos que cubren **ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)** y **ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)**. En la información de beneficios entregada no se muestran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, vea la Evidencia de cobertura en atriohp.com.

NOTA IMPORTANTE: Si es elegible para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por todos los servicios cubiertos por Medicare. Si pierde su elegibilidad para Medicaid, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.

¿Quién se puede inscribir?

Para inscribirse en un Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage de ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser elegible para los beneficios completos de Medicaid y vivir en nuestra área de servicio.

- **ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) incluye todo el Condado de Douglas, Oregón y los siguientes códigos postales en el Condado de Klamath, Oregón: 97601, 97602, 97603, 97604, 97621, 97622, 97623, 97624, 97625, 97626, 97627, 97632, 97633, 97634, 97639**
- **ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) incluye todo el condado de Marion y el condado de Polk en Oregón**

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

ATRIO Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. **Debe obtener los servicios cubiertos en la red.** Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios. En general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede ver la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (*lista de medicamentos con receta de la Parte D*) de nuestro plan, el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias en nuestro sitio web, atriohp.com.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

ATRIO Health Plans son planes PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato. ATRIO Health Plans fue aprobado por National Committee for Quality Assurance (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) hasta el 12/31/2024 según una revisión del Modelo de atención SNP de ATRIO Health Plans

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Lista de verificación antes de la inscripción

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

Cómo entender los beneficios	
<input type="checkbox"/>	La Evidencia de cobertura (EOC) incluye una lista completa de toda la cobertura y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite atriohp.com o llame al 1-877-672-8620 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
<input type="checkbox"/>	Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo están atendiendo ahora estén en la red. Si no están en el directorio, eso significa que posiblemente tenga que elegir un nuevo médico.
<input type="checkbox"/>	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no está en el directorio, es posible que tenga que buscar una nueva farmacia para sus recetas.
<input type="checkbox"/>	Revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
Cómo entender las reglas importantes	
<input type="checkbox"/>	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esa prima se deduce cada mes de su cheque del Seguro Social.
<input type="checkbox"/>	Los beneficios, las primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
<input type="checkbox"/>	Excepto en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos los servicios que presten proveedores fuera de la red (los médicos que no están en el directorio de proveedores).
<input type="checkbox"/>	Este plan es un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP). Para que pueda inscribirse será necesario verificar que usted tiene derecho a Medicare y asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Elegibilidad para el plan y gastos compartidos	Los planes HMO D-SNP de ATRIO Health Plans son HMO Medicare Advantage diseñados para las personas que tienen las Partes A y B de Medicare y los beneficios completos de Oregon Health Plan (OHP) (Medicaid). Si es elegible para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0. Si pierde su estado de elegibilidad para Medicaid, tendrá que pagar un costo compartido por los servicios cubiertos.		
Prima del plan	\$0 al mes	\$0 al mes	\$0 al mes
	<i>También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare</i>		
Deducible del plan	No hay deducible del plan		
Máximos de gastos de bolsillo Lo que paga por los servicios dentro de la red también se aplica a cualquier límite de gastos de bolsillo	<ul style="list-style-type: none"> No paga nada por los servicios cubiertos por Medicare en nuestra red. Excepto por atención de emergencia o que sea necesaria urgentemente, la cobertura fuera de la red no se incluye. Es posible que usted tenga que pagar el costo total por los servicios que reciba fuera de nuestras redes médica y de farmacia. Si llega al límite de los gastos de bolsillo, sus servicios de hospital y médicos seguirán estando cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año. 		
Beneficios médicos y de hospital cubiertos <i>(Los servicios marcados con un * pueden necesitar una autorización previa)</i>			
Atención de hospital de paciente hospitalizado (casos agudos) *	Usted no paga nada		
Servicios ambulatorios de hospital *	Usted no paga nada		
Servicios en centro quirúrgico ambulatorio *	Usted no paga nada		
Visitas en el consultorio del médico	Usted no paga nada por las visitas con un proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas		
Atención preventiva	Usted no paga nada		
Atención de emergencia	Usted no paga nada		
Atención de urgencia	Usted no paga nada		
Pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, radiografías y servicios de diagnóstico/terapéuticos de radiología *	Usted no paga nada		
Servicios de audición	Usted no paga nada por exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio		

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Servicios dentales	<p>Usted no paga nada por los servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con la atención, tratamiento, empastes, extracción ni reemplazo de dientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas ilimitadas hasta \$1,250 de asignación en Flex Card por año, por servicios preventivos e integrales de cualquier proveedor dental • Visitas ilimitadas hasta \$375 de asignación en Flex Card por año, por servicios preventivos e integrales de cualquier proveedor dental • Visitas ilimitadas hasta \$1,250 de asignación en Flex Card por año, por servicios preventivos e integrales de cualquier proveedor dental 		
Servicios de la vista	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada por un examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (incluyendo una evaluación anual de glaucoma) • Usted no paga nada por un (1) examen de la vista de rutina cada año • Tiene una asignación de \$250 para lentes de contacto y anteojos cada dos años calendario 		
Servicios de salud mental*	Usted no paga nada por los servicios de salud mental de pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios		
Centro de enfermería especializada (SNF) *	Usted no paga nada		
Terapia ocupacional, física y del habla *	Usted no paga nada por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla		
Ambulancia	Usted no paga nada		
Transporte *	<p>Usted no paga nada hasta por 24 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan relacionados con la salud</p> <p><i>Debe usar SafeRide para los viajes cubiertos</i></p>		
Medicamentos de la Parte B de Medicare *	Usted no paga nada		
Cuidado de los pies	<p>Usted no paga nada por exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o si cumple ciertas condiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas ilimitadas hasta \$500 de asignación por año • Visitas ilimitadas hasta \$500 de asignación por año No está cubierto 		
Equipo médico/suministros y suministros para diabéticos *	Usted no paga nada		
Servicios quiroprácticos	<p>Usted no paga nada por manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de su posición)</p> <p><i>Debe usar ASH para los beneficios dentro de la red</i></p>		

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Terapias alternativas	Usted no paga nada hasta por 30 visitas combinadas por año por servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía <i>Debe usar ASH para los beneficios dentro de la red</i>		
Visitas virtuales/telesalud	Usted no paga nada <i>Debe usar Teladoc para las visitas cubiertas</i>		
Comida	Usted no paga nada por 2 comidas diarias por 14 días (28 comidas en total por estancia) después de una estancia en el hospital y algunos servicios médicos en casa		
Fitness Cubre los cargos/clases de membresía en un gimnasio	\$240 de asignación anual en Flex Card	\$450 de asignación anual en Flex Card	\$450 de asignación anual en Flex Card
Artículos de venta libre (OTC)	\$150 de asignación trimestral en Flex Card	\$170 de asignación trimestral en Flex Card	\$170 de asignación trimestral en Flex Card
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	Usted no paga nada por un sistema de alerta médica portátil, incluyendo la opción de un reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos <i>Debe usar LifeStation para el beneficio de PERS</i>		

Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Cuando se inscriba, el plan le enviará por correo un “Anexo LIS” que muestra su nivel de subsidio LIS. Dependiendo de su nivel de LIS, usted paga los costos de los medicamentos de abajo hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$8,000 (incluyendo los medicamentos que se compran por medio de su farmacia o por correo, o si usted está en un centro de atención de largo plazo).

	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Klamath) H3814-007	ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) (Douglas) H3814-030	ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP) H5995-001
Deducible del medicamento	No hay deducible anual		
Nivel 1 de LIS	Medicamentos genéricos \$4.50; \$11.20 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos		
Nivel 2 de LIS	Medicamentos genéricos \$1.55; \$4.60 por medicamentos de marca y todos los demás medicamentos		
Nivel 3 de LIS	Usted no paga nada		
Cobertura catastrófica	Usted no paga nada		

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)

Los beneficios descritos en las secciones Prima y Beneficios del Resumen de beneficios los cubre ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP). Como los miembros de ATRIO Special Needs Plan tienen todos los beneficios de Medicaid, no hay gastos de bolsillo por ningún servicio médico cubierto por Medicare. Es posible que todavía se apliquen las cantidades de costos compartidos por medicamentos con receta.

Puede encontrar más información sobre los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) en línea en www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Contact-Us.aspx o llamando a Servicio al Cliente de su Organización de Atención Coordinada.

Servicio	Beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)
Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none">• Como orientación, tratamiento asistido con medicamentos, acupuntura, tratamiento residencial y servicios prestados por colegas
Dental	<ul style="list-style-type: none">• Servicios básicos, incluyendo limpieza, barniz de flúor, empastes y extracciones• Tratamiento urgente o inmediato• Dentaduras postizas• Coronas de acero inoxidable para molares (dientes de atrás)
Audición	Aparatos auditivos y exámenes de aparatos auditivos
Atención en casa	Servicio de enfermería privada
Cuidados de hospicio	Atención de final de la vida
Atención en el hospital	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de emergencia• Atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios
Inmunizaciones y vacunas	Como la vacuna contra la gripe o la vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola (MMR)
Atención prenatal, durante el parto y posparto	<ul style="list-style-type: none">• Atención de comadrona• Chequeos prenatales• Trabajo de parto y parto en un hospital, centro de maternidad o en casa• Visitas en casa de enfermero de recién nacidos• Orientación posparto
Exámenes de laboratorio y radiografías	Exámenes de laboratorio y radiografías, como pruebas de sangre y mamografías
Atención médica de un médico, enfermero de práctica avanzada o asistente médico	Como un chequeo de rutina o una cita general
Equipo médico y suministros	Como tiras reactivas para diabetes o muletas
Transporte médico	Como una ambulancia o transporte que no sea de emergencia a una cita
Atención de salud mental	Como terapia o tratamiento médico

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condados de Douglas, Klamath (parcial), Marion, Polk, OR

Resumen de los servicios cubiertos de Oregon Health Plan (Medicaid)

Servicio	Beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)
Terapia física, ocupacional y del habla	Terapia para mejorar las competencias o funciones para la vida cotidiana
Medicamentos con receta	OHP con medicamentos limitados solo incluye medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare
Vista	<ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Servicios para corregir la vista para mujeres embarazadas y menores de 21 años• Los anteojos están cubiertos para las mujeres adultas embarazadas y para los adultos con una condición médica que los haga calificar, como afaquia o queratocono o después de una operación de cataratas

Servicios sin cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid) (exclusiones)

No todos los tratamientos médicos están cubiertos. Cuando necesite tratamiento médico, comuníquese con su proveedor de atención primaria. Estas son algunas de las exclusiones (no se incluyen todas las exclusiones):

- Medicamentos con receta cubiertos de la Parte D de Medicare
- Condiciones en las que un tratamiento “en casa” sea efectivo, como aplicar un ungüento, descansar una articulación adolorida, tomar suficientes líquidos o una dieta blanda. Tales condiciones incluyen:
 - Aftas
 - Dermatitis del pañal
 - Callos/asperezas
 - Quemaduras de sol
 - Intoxicación por comida
 - Esguinces
- Artículos de conveniencia o comodidad personal (radios, teléfonos, jacuzzis, caminadoras, etc.)
- Servicios que sean principalmente cosméticos, como:
 - Tumores benignos de la piel
 - Cirugía cosmética
 - Eliminación de cicatrices
- Condiciones en las que el tratamiento no suele ser efectivo, como:
 - Algunas operaciones de la espalda
 - Operación de TMJ
 - Algunos trasplantes
- Servicios prestados por un familiar inmediato o un miembro de su grupo familiar
- Todos los servicios que se reciban fuera de Estados Unidos
- Atención que no sea de emergencia si va con un proveedor que no es proveedor contratado de Medicaid.
- Otros servicios que no están cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Circuncisión (de rutina)
 - Programa de pérdida de peso
 - Servicios de infertilidad

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con Oregon Health Plan o con Servicio al Cliente de Planes de Atención Coordinada de Medicaid.