



Saint Mary's
Health Plans



Ventaja de Medicare 2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

ATRIO Choice Rx, Select Rx y Freedom (PPO) de Saint Mary's

Cobertura del área de servicio para el condado de Washoe

Los ID del plan incluyen: H7006-010, H7006-011, H7006-016

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Saint Mary's
Health Plans



Tabla de contenido

Acerca del Resumen de Beneficios y ¿Quién puede inscribirse?	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?	1
Consejos para comparar su lista de verificación previa a la inscripción en Medicare Choices	1
Prima del plan	2
Deducible del plan	2
Límites de gastos de bolsillo	2
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	2
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (agudos)	2
Hospital Ambulatorio	2
Centro de Cirugía Ambulatoria	2
Visitas al consultorio del médico	2
Cuidado preventivo	3
Atención de emergencia y urgencia	3
Servicios de pruebas de diagnóstico, laboratorio, rayos X y radiología.	3
Servicios de audición	4
Servicios dentales	4
Servicios de visión	4
Servicios de salud mental	5
Centro de enfermería especializada (SNF)	5
Terapia ocupacional, física y del habla	5
Ambulancia	6
Transporte	6
Medicamentos de la Parte B de Medicare	6
Visitas Virtuales / Telesalud	6
Equipo médico duradero (DME) y suministros para diabéticos	6
Aptitud física	6
Artículos de venta libre	6
Comidas	7
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	7
Terapias alternativas (servicios de quiropráctica y acupuntura)	7
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	8
Etapa Deducible	8
Etapa de cobertura inicial	8
Etapa de brecha de cobertura	8
Etapa de cobertura catastrófica	8

*Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. atriohp.com

Resumen de beneficios 2024 1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Acerca del resumen de beneficios y quién puede unirse

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos de Saint Mary's ATRIO Health Plans cubiertos por **Saint Mary's ATRIO Choice Rx (PPO)**, **Saint Mary's ATRIO Select Rx (PPO)** y **Saint Mary's ATRIO Freedom (PPO)**. La información de beneficios proporcionada no muestra 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. Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Saint Mary's ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio para estos planes incluye el condado de Washoe en Nevada.**

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo acudir?

Saint Mary's ATRIO Health Plans tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que tenga que pagar un costo de bolsillo más alto. Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados (si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos). Puede consultar el Formulario (lista de medicamentos recetados de la Parte D), el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, atriohp.com.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Véalo en línea en medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 am a 8 pm hora local.

Comprender los beneficios	
	La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visita atriohp.com o llame al 1-877-672-8620 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en el red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
	Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
Comprender las reglas importantes	
	Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), debe continuar pagando su plan de Medicare. Prima de la Parte B. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
	Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
	Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo Si bien pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en un En una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además pagarás un copago más alto por servicios recibidos por proveedores no contratados.

ATRIO Health Plans es un PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos de Medicare y Oregon Health Plan.

La inscripción en los Planes de Salud ATRIO depende de la renovación del contrato.

H7006_SB_SMNVW_2024_M H7006-010, H7006-011, H7006-016

atriohp.com

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010	ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011	ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016
Prima del plan	\$0 por mes	\$39 por mes	\$0 por mes
También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare \$0 por			
Deducible del plan	año \$0 por año	\$0 por año	
Fuera de su bolsillo Máximos	Dentro de la red: • \$3,500 por servicios recibidos de proveedores dentro de la red Conjunto: • \$5,500 por servicios recibidos de cualquier proveedor	Dentro de la red: • \$2,550 por servicios recibidos de proveedores dentro de la red Conjunto: • \$2,550 por servicios recibidos de cualquier proveedor	Dentro de la red: • \$3,400 por servicios recibidos de proveedores dentro de la red Conjunto: • \$3,400 por servicios recibidos de cualquier proveedor
Lo que usted paga por los servicios dentro de la red también se aplica a los límites de desembolso personal.			
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (los servicios marcados con * pueden requerir autorización previa)			
Hospitalización Atención (Aguda) *	Dentro de la red: • \$0 por estadía (con Santa María) • Copago de \$200 por día durante los días 1 a 5; \$0 días 6-90 Fuera de la red: • Copago de \$300 por día durante los días 1 a 5; \$0 días 6-90	En red: • \$0 por estancia (con Santa María) • Copago de \$150 por día para los días 1 a 5; \$0 días 6-90 Fuera de la red: • 50% por estancia	Dentro de la red: • \$0 por estadía (con Santa María) • Copago de \$100 por día durante los días 1 a 5; \$0 días 6-90 Fuera de la red: • 50% por estancia
Paciente externo Servicios hospitalarios *	Dentro de la red: • Copago de \$0 a \$350 Fuera de la red: • 50% de coseguro	Dentro de la red: • Copago de \$0 a \$350 Fuera de la red: • 50% de coseguro	Dentro de la red: • Copago de \$0 a \$350 Fuera de la red: • 50% de coseguro
Ambulatorio Centro Quirúrgico Servicios *	Dentro de la red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • 50% de coseguro	Dentro de la red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • 50% de coseguro	Dentro de la red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • 50% de coseguro
Oficina del doctor Visitas	Médico de atención primaria (PCP)		
	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • Copago de \$50	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • Copago de \$50	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • Copago de \$50
	Especialistas		
	Dentro de la red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • Copago de \$50	Dentro de la red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • Copago de \$50	Dentro de la red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • Copago de \$50

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Saint Mary's
Health Plans



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010	ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011	ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016
Cuidado preventivo	<ul style="list-style-type: none"> • No paga nada por los servicios preventivos cubiertos por Medicare. • Nuestro plan también cubre un examen físico anual complementario sin costo 		
Cuidados de emergencia	Dentro y fuera de la red:	Dentro y fuera de la red:	Dentro y fuera de la red:
Cobertura mundial de atención de emergencia/urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$135 (renuncia si es admitido dentro de las 24 horas por la misma condición) 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$120 (renuncia si es admitido dentro de las 24 horas por la misma condición) 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$125 (renuncia si es admitido dentro de las 24 horas por la misma condición)
Atención de urgencias	Dentro y fuera de la red:	Dentro y fuera de la red:	Dentro y fuera de la red:
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$65 (renuncia si es admitido dentro de las 24 horas por la misma condición) 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$30 (renuncia si es admitido dentro de las 24 horas por la misma condición) 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$30 (renuncia si es admitido dentro de las 24 horas por la misma condición)
Pruebas de diagnóstico, Laboratorio, Rayos X y Diagnóstico / Terapéutico Radiología Servicios *	Servicios de radiología de diagnóstico* (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)		
	En red:	En red:	En red:
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 a \$60 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 a \$60 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 a \$60 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro
	Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico *		
	En red:	En red:	En red:
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro
	Servicios de laboratorio *		
	En red:	En red:	Dentro y fuera de la red:
	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0
	Servicios de Radiología Terapéutica* (como tratamiento de radiación para el cáncer)		
En red:	En red:	En red:	
<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	
Radiografías para pacientes ambulatorios			
En red:	En red:	En red:	
<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010	ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011	ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016
Servicios de audición	Exámenes de audición (atención auditiva suplementaria y cubierta por Medicare)		
Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, y un examen de rutina anual.	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro Dentro y fuera de la red: • Copago de \$0 por un examen de rutina por año	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro Dentro y fuera de la red: • Copago de \$0 por un examen de rutina por año	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro Dentro y fuera de la red: • Copago de \$0 por un examen de rutina por año
	Audífonos		
Se debe utilizar el proveedor de Amplifon para obtener beneficios de audífonos	En red: • Hasta \$1,500 de asignación por año	En red: • Hasta \$1,500 de asignación por año	En red: • Hasta \$1,500 de asignación por año
Servicios dentales	Atención dental (atención dental suplementaria y cubierta por Medicare)		
dental limitada servicios (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes)	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro Dentro y fuera de la red: • Hasta \$2,500 de asignación por año en Tarjeta Flex para servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro Dentro y fuera de la red: • Hasta \$4,000 de asignación por año en Tarjeta Flex para servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental	En red: • Copago de \$15 Fuera de la red: • 50% de coseguro Dentro y fuera de la red: • Hasta \$2,500 de asignación por año en Tarjeta Flex para servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental
Servicios de visión	Exámenes de la vista (atención de la vista suplementaria y cubierta por Medicare)		
Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (incluido el examen anual de glaucoma)	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro En red: • \$0 de copago por anual examen Fuera de la red: • 50% de coseguro por examen anual	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro En red: • \$0 de copago por anual examen Fuera de la red: • 50% de coseguro por examen anual	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro En red: • \$0 de copago por anual examen Fuera de la red: • 50% de coseguro por examen anual

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010	ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011	ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016
Servicios de visión (Continuado)	Gafas		
Anteojos incluye anteojos o lentes y armazones de \$100 para lentes de contacto, por año	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de hasta \$150 para lentes de contacto, por año 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de hasta \$200 para anteojos o \$100 para lentes de contacto, por año 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de hasta \$200 para anteojos o \$100 para lentes de contacto, por año
Salud mental Servicios *	Atención de salud mental para pacientes hospitalizados *		
	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$300 por día durante los días 1 a 5; \$0 días 6-9 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% por estancia 	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por día durante los días 1 a 5; \$0 días 6-9 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% por estancia 	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por día durante los días 1 a 5; \$0 días 6-9 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% por estancia
Sin costo para visitas virtuales individuales/sesiones de telesalud dentro de la red con Teladoc	Visitas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios		
	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago <p>Fuera de la red: • 50% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago <p>Fuera de la red: • 50% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago <p>Fuera de la red: • 50% de coseguro</p>
Enfermería especializada Instalación (SNF) *	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día durante los días 1 a 20; \$170 por día 21-100 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% por estancia 	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día durante los días 1 a 20; \$170 por día 21-100 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% por estancia 	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 días 1 a 20; \$100 por día 21-100 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% por estancia
Ocupacional, Físico y Terapia del lenguaje *	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro 	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% de coseguro

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Saint Mary's
Health Plans



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010	ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011	ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016
Ambulancia * Se requiere autorización para transporte que no sea de emergencia	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$300	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$300	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$300
Transporte * Debe usar SafeRide para viajes cubiertos	24 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	24 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	24 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan
Seguro médico del estado * Medicamentos de la Parte B	En red: • 0%-20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • 0%-20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • 0%-20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro
Visitas Virtuales / Telesalud Debe usar Teladoc para visitas cubiertas	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Descubierta	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Descubierta	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Descubierta
Médico duradero Equipo (DME) y Suministros, y Suministros para diabéticos *	Equipos médicos, prótesis y suministros médicos		
	En red: • 20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • 20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • 20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro
	Suministros para la diabetes		
	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro
Aptitud física Cubre cuotas/ clases de membresía de gimnasio.	Asignación anual de \$480 en Tarjeta Flex	Asignación anual de \$550 en tarjeta Flex	Asignación anual de \$550 en tarjeta Flex
En el mostrador (OTC) Artículos	Asignación trimestral de \$150 en la tarjeta Flex para artículos OTC seleccionados	Asignación trimestral de \$150 en la tarjeta Flex para artículos OTC seleccionados	Asignación trimestral de \$150 en la tarjeta Flex para artículos OTC seleccionados

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010	ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011	ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016
Comidas Después de una estadía hospitalaria y algo de hogar. Servicios de salud	Hasta 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas en total por estadía)	Hasta 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas en total por estadía)	Hasta 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas en total por estadía)
Personal Emergencia Sistema de respuesta (PERSONAS) Debe usar Estación de vida para beneficio PERS	En red: • \$0 por alerta portátil, incluida la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos	En red: • \$0 por alerta portátil, incluida la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos	En red: • \$0 por alerta portátil, incluida la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos
Quiropráctica Servicios Manipulación de la columna para corregir la subluxación. Debe usar ASH para beneficios dentro de la red	En red: • Copago de \$10 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$10 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$10 Fuera de la red: • 50% de coseguro
Alternativa Terapias (Quiropráctica y Acupuntura Servicios) Debe usar ASH para beneficios dentro de la red	Descubierto	En red: • Copago de \$20 Fuera de la red: • 50% de coseguro Hasta 30 visitas combinadas para servicios de quiropráctica y acupuntura de rutina, por año	En red: • Copago de \$20 Fuera de la red: • 50% de coseguro Hasta 30 visitas combinadas para servicios de quiropráctica y acupuntura de rutina, por año

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Saint Mary's
Health Plans



Condado de Washoe, Nevada

	ATRIO de Santa María Elección Rx (PPO) H7006-010		ATRIO de Santa María Seleccione Rx (PPO) H7006-011		ATRIO de Santa María Libertad (PPO) H7006-016	
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare						
Deducible de medicamentos	\$0		\$0		Este plan no cubre medicamentos recetados.	
Niveles de medicamentos	30 días suministrar	90 días suministrar	30 días suministrar	90 días suministrar		
Tier 1 Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0		
El nivel 2 Genérico	\$12	\$24	\$0	\$0		
Nivel 3 Marca preferida	\$47	\$94	\$35	\$70		
Nivel 4 No preferido Drogas	\$100	\$200	\$100	\$200		
Nivel 5 Medicamentos especializados	33%	No Disponibile	33%	No Disponibile		
Nivel 6 Seleccionar medicamentos de atención	\$0	\$0	\$0	\$0		
Etapa de brecha de cobertura						
Cuando el total pagado por usted y el plan alcanza los \$5,030, pasa a la etapa de interrupción de cobertura. En esta etapa, hay un descuento del 75 % para la mayoría de los medicamentos de marca y genéricos.						
Etapa de cobertura catastrófica						
Después de haber pagado \$8,000 de su bolsillo, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. No pagas nada hasta fin de año.						

- Ahorre un mes de copago cambiando a un suministro de 90 días en una tienda minorista de la red o mediante pedido por correo. farmacia. Pregúntele a su médico acerca de un suministro de 100 días y ahorre aún más (pueden aplicarse restricciones).
- Si reside en un centro a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Si eliges correo-pedido, usted paga lo mismo que un suministro minorista de 90 días en una farmacia dentro de la red. Puedes conseguir drogas en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.
- Lo que usted paga 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 o no ha alcanzado el período sin cobertura. Por favor llame al Servicio de Atención al Cliente para más información
- Lo que paga por la insulina : nuestro plan cubre productos de insulina seleccionados, por los cuales no pagará más de \$35 por un suministro de un mes sin importar en qué nivel se encuentre, e incluso si no ha cumplido su deducible o ha alcanzado el período sin cobertura

Aviso sobre requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es contra la ley

ATRIO Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Planes de Salud ATRIO:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

Intérpretes cualificados de lengua de signos

Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

Intérpretes cualificados

Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios enumerados anteriormente, comuníquese con Servicio al Cliente de ATRIO al número gratuito 1-877-672-8620, todos los días de 8 am a 8 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que ATRIO Health Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Oficial de Cumplimiento de ATRIO:

2965 Ryan Drive SE Salem, Oregón 97301

1-877-672-8620 (TTY 711)

Presente una queja ante la línea directa de cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952 o cumplimiento@atriohp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con el número gratuito de Servicio al Cliente al 1-877-672-8620, todos los días de 8 am a 8 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 200 Independence Avenue, SW

Sala 509F, edificio HHH

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

繁體中文 (Chinese) - 注意: 如果您講國語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY: 711)。

Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

한국어 (Korean) - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

Українська (Ukrainian) - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese) - 注意事項: 日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620 (TTY:711) までご連絡ください。このサービスは無料です。

"إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-672-8620 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2900)"

فارسی – (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

Română (Romanian) - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian) - ប្រឹក្សា: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាសោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមានសំណប់បំណែង។ ចុះទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

"فارسی – (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900)." (TTY: 1-800-735-2900)

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

ภาษาไทย (Thai) - โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

Inserción en varios idiomas
Servicios de intérprete multilingüe

Inglés: Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para conseguir un intérprete, simplemente llámenos al 1-877-672-8620. Alguien que hable inglés/idioma puede ayudarte. Este es un servicio gratuito.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-672-8620. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín:
1-877-672-8620

Chino cantonés:
1-877-672-8620

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Para obtener más información, llame al teléfono 1-877-672-8620. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng tagalo. Ito ay libre serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Para acceder al servicio de interpretación, basta con llamarnos al 1-877-672-8620. Un interlocuteur parlant Français pourra vous Aider. Este servicio es gratuito.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương trình sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-672-8620 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie al 1-877-672-8620. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Este servicio es gratuito.

Coreano:
1-877-672-8620

Inserción en varios idiomas
Servicios de intérprete multilingüe

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Para cualquier usuario autorizado, llame al teléfono 1-877-672-8620. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:

1-877-672-8620

Hindi:

[. Más información](#)

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Para un intérprete, comuníquese con el número 1-877-672-8620. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. Es un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer pergunta que tenha acerca de nuestro plano de salud o de medicación. Para obtener un intérprete, comuníquese con nosotros a través del número 1-877-672-8620. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço es gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-672-8620. Yon moun ki pálido Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-672-8620. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés:

Teléfono: 1-877-672-8620