



Medicare Advantage 2025

RESUMEN DE BENEFICIOS

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)

El área de servicio abarca los condados de Marion y Polk en Oregon
Id. del plan: H7006-022

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Resumen de Beneficios 2025

Del 1 de enero al 31 diciembre de 2025



Tabla de Contenido

Acerca del Resumen de Beneficios y quién puede inscribirse	3
¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?	3
Sugerencias para comparar las opciones de Medicare	3
Lista de control previa a la inscripción	4
Información sobre los beneficios	4
Información sobre normas importantes	4
Primas del plan, deducible y cantidades máximas que paga de su bolsillo	5
Prima del plan	5
Subsidio de la prima de la Parte B	5
Deducible del plan	5
Cantidades máximas que paga de su bolsillo	5
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	6
<i>(Los servicios marcados con un * pueden requerir autorización previa)</i>	
Atención hospitalaria para pacientes internados (agudos)*	6
Servicios hospitalarios para pacientes externos*	6
Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios*	6
Consultas al consultorio del doctor	6
Atención preventiva	6
Atención de emergencia	7
Atención de urgencia	7
Servicios de pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, radiografías y radiología*	7
Servicios de radiología de diagnóstico* (como resonancias magnéticas, tomografías computadas y tomografía de emisión de positrones)	7

Resumen de Beneficios 2025

Del 1 de enero al 31 diciembre de 2025



Servicios de audición	8
Servicios dentales*	9
Servicios de la vista	9
Servicios de salud mental*	10
Centro de Enfermería Especializada (SNF)*	10
Terapia ocupacional, del habla y fisioterapia*	11
Ambulancia*	11
Transporte	11
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	11
Telesalud	11
Atención de los pies	12
Equipo médico duradero (DME), suministros y suministros para la diabetes*	12
Equipos médicos, prótesis y suministros médicos	12
Suministros para la diabetes	12
Acondicionamiento físico	12
Tratamientos alternativos	13
Artículos de venta libre (OTC)	13
Comidas*	13
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	13
Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	14
Etapa del Deducible	14
Etapa de Cobertura Inicial	14
Etapa de Cobertura para Catástrofes	15

Resumen de Beneficios 2025

Del 1 de enero al 31 diciembre de 2025



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 Support Rx (PPO C-SNP). La información sobre los beneficios proporcionada no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni indica cada una de las limitaciones o exclusiones. Para acceder a una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura en atriohp.com. Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage de ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio para estos planes incluye los condados de Marion y Polk en Oregon.

¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?

ATRIO Health Plans tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Si usa proveedores que están fuera de nuestra red, es posible que pague un costo mayor de su bolsillo. Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos con receta. Puede consultar el Formulario de nuestro plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D), el Directorio de Proveedores y el Directorio de Farmacias en nuestro sitio web, atriohp.com.

Sugerencias para comparar las opciones de Medicare

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare & You" (Medicare y Usted) actual. Consúltelo 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 control previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión con respecto a su inscripción, es importante que comprenda perfectamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicios para los Miembros llamando al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Información sobre los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas 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.
- Revise el Directorio de Proveedores (o consulte a su doctor) para asegurarse de que los doctores a los que consulta actualmente formen parte de la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir un nuevo doctor.
- Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, consulte el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta forme parte de la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Información sobre normas importantes

- Además de la prima mensual del plan (si corresponde), usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores que no tienen un contrato con nosotros). Sin embargo, aunque pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Salvo en caso de urgencia o emergencia, los proveedores que no tienen un contrato con nosotros pueden denegarle la atención. Además, tendrá que pagar un copago más elevado por los servicios recibidos de proveedores que no tienen un contrato con nosotros.



Primas del plan, deducible y cantidades máximas que paga de su bolsillo

	ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022
Prima del plan	\$0 por mes <i>También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</i>
Deducible del plan	\$0 por año
Subsidio de la prima de la Parte B	\$20
Cantidades máximas que paga de su bolsillo	<p>Dentro de la red: \$4,900 por servicios que recibe de proveedores de la red.</p> <p>Combinado: \$4,900 por servicios que recibe de cualquier proveedor. Su límite para servicios recibidos de proveedores de la red se contará para el cálculo de este límite.</p> <p><i>Si tiene elegibilidad para cobertura completa de Medicaid, esta pagará sus copagos.</i></p>



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

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

	ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022	
Atención hospitalaria para pacientes (agudos)*	Dentro de la red: \$375 por día, 1-5 \$0 por día, 6 en adelante	Fuera de la red: \$3,000 por hospitalización
Servicios hospitalarios para pacientes externos*	Dentro de la red: Copago de \$375	Fuera de la red: 50% del costo total
Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios*	Dentro de la red: Copago de \$225	Fuera de la red: 50% del costo total
Consultas al consultorio del doctor	Doctor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)	
	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: Copago de \$50
	Especialistas	
	Dentro de la red: Copago de \$0-\$40	Fuera de la red: 50% del costo total
Atención preventiva	Dentro o fuera de la red: Copago de \$0 <i>Usted no paga nada por los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Nuestro plan también cubre un examen físico anual complementario sin costo.</i>	
Atención de urgencia Consulte "Atención de emergencia" para ver el copago a nivel internacional	Copago de \$55 <i>Los costos compartidos de los servicios de urgencia quedan exentos si lo ingresan en el hospital en el plazo de 24 horas por la misma afección.</i>	



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

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

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022					
Servicios de pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, radiografías y radiología*	Servicios de radiología de diagnóstico* (como resonancias magnéticas, tomografías computadas y tomografía de emisión de positrones)				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0 por procedimientos de colonoscopia de diagnóstico</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none; padding-top: 10px;">20% del costo total por todos los demás procedimientos</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0 por procedimientos de colonoscopia de diagnóstico	Fuera de la red: 50% del costo total	20% del costo total por todos los demás procedimientos	
	Dentro de la red: Copago de \$0 por procedimientos de colonoscopia de diagnóstico	Fuera de la red: 50% del costo total			
	20% del costo total por todos los demás procedimientos				
	Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0-\$20</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 30% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0-\$20	Fuera de la red: 30% del costo total		
	Dentro de la red: Copago de \$0-\$20	Fuera de la red: 30% del costo total			
	Servicios de laboratorio				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: Copago de \$20</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: Copago de \$20		
	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: Copago de \$20			
Servicios de radiología terapéutica* (como la radioterapia para el tratamiento del cáncer)					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: 20% del costo total</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: 20% del costo total	Fuera de la red: 50% del costo total			
Dentro de la red: 20% del costo total	Fuera de la red: 50% del costo total				
Radiografías para pacientes externos					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: Copago de \$20</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: Copago de \$20			
Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: Copago de \$20				
Cubiertos por Medicare: Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio Servicios de rutina complementarios (servicios no cubiertos por Medicare) debe administrarlos un proveedor de Amplifon	Examen de audición (servicios cubiertos por Medicare)				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$45</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: Copago de \$65</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$45	Fuera de la red: Copago de \$65		
	Dentro de la red: Copago de \$45	Fuera de la red: Copago de \$65			
	Examen de audición (servicios de rutina complementarios)				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total		
	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total			
	Adaptación y evaluación de audífonos (servicios de rutina complementarios)				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total			
Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total				
Audífonos (servicios de rutina complementarios)					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$699 a \$999, por cada audífono, hasta 2 audífonos por año (únicamente dentro de la red)</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: Requiere autorización previa</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$699 a \$999, por cada audífono, hasta 2 audífonos por año (únicamente dentro de la red)	Fuera de la red: Requiere autorización previa			
Dentro de la red: Copago de \$699 a \$999, por cada audífono, hasta 2 audífonos por año (únicamente dentro de la red)	Fuera de la red: Requiere autorización previa				



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

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

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022			
<p>Servicios dentales*</p> <p>Cubiertos por Medicare: Servicios dentales limitados (esto no incluye los servicios en conexión con la atención, el tratamiento, los empastes, las extracciones o los reemplazos de dientes)</p> <p>Los servicios de rutina complementarios son servicios que no están cubiertos por Medicare</p> <p>† El beneficio no se traspasa</p>	Servicios dentales (servicios cubiertos por Medicare)		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total
	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total	
	Servicios dentales (servicios de rutina complementarios)		
<p>Dentro o fuera de la red: \$300 de bonificación cada 6 meses[†], que se acreditará en su tarjeta Flex Card, para servicios dentales preventivos e integrales. Se excluyen los procedimientos cosméticos (\$600 de bonificación anual)</p>			
<p>Servicios de la vista</p> <p>Cubiertos por Medicare: Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluye prueba anual de detección de glaucoma)</p> <p>Servicios de rutina complementarios (servicios no cubiertos por Medicare) administrados por VSP</p>	Exámenes de la vista (servicios cubiertos por Medicare)		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$45</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: Copago de \$65</td> </tr> </table> <p><i>Prueba de glaucoma</i> Dentro y fuera de la red: Copago de \$0</p>	Dentro de la red: Copago de \$45	Fuera de la red: Copago de \$65
	Dentro de la red: Copago de \$45	Fuera de la red: Copago de \$65	
	Exámenes de la vista (servicios de rutina complementarios)		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total
	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total	
Anteojos o lentes de contacto (servicios de rutina complementarios)			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: \$200 de bonificación para monturas (lentes estándares incluidas) o \$100 de bonificación para lentes de contacto por año</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: \$200 de bonificación para monturas o \$100 de bonificación para lentes de contacto por año. 50% del costo total de los lentes</td> </tr> </table>	Dentro de la red: \$200 de bonificación para monturas (lentes estándares incluidas) o \$100 de bonificación para lentes de contacto por año	Fuera de la red: \$200 de bonificación para monturas o \$100 de bonificación para lentes de contacto por año. 50% del costo total de los lentes	
Dentro de la red: \$200 de bonificación para monturas (lentes estándares incluidas) o \$100 de bonificación para lentes de contacto por año	Fuera de la red: \$200 de bonificación para monturas o \$100 de bonificación para lentes de contacto por año. 50% del costo total de los lentes		
<p>Servicios de salud mental*</p>	Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: \$350 por día, 1-5 \$0 por día, 6-90</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: \$3,000 por hospitalización</td> </tr> </table>	Dentro de la red: \$350 por día, 1-5 \$0 por día, 6-90	Fuera de la red: \$3,000 por hospitalización
	Dentro de la red: \$350 por día, 1-5 \$0 por día, 6-90	Fuera de la red: \$3,000 por hospitalización	
Consultas de terapia individuales y grupales para pacientes externos			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dentro de la red: Copago de \$40</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$40	Fuera de la red: 50% del costo total	
Dentro de la red: Copago de \$40	Fuera de la red: 50% del costo total		



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

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

	ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022	
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*	Dentro de la red: \$0 por día, 1-20 \$150 por día, 21 en adelante	Fuera de la red: \$200 por día, 1-100
Fisioterapia*	Fisioterapia y terapia del habla	
	Dentro de la red: Copago de \$20	Fuera de la red: 50% del costo total
	Terapia ocupacional	
	Dentro de la red: Copago de \$20	Fuera de la red: 50% del costo total
Ambulancia* (Aérea y terrestre) <i>Se requiere autorización para transporte que no es de emergencia</i>	Dentro o fuera de la red: Copago de \$250	
Transporte <i>Se debe usar SafeRide para los viajes cubiertos</i>	Copago de \$0 por 24 viajes sencillos al año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	Dentro de la red: 0%-20% del costo total	Fuera de la red: 50% del costo total
Telesalud <i>Si el proveedor ofrece consultas por telesalud</i>	Dentro de la red: PCP: copago de \$0 Especialista: Cardiólogo: copago de \$0 Todas las demás especializadas: copago de \$40	Fuera de la red: PCP: copago de \$50 Especialistas (incluye cardiólogos) 50% del costo total
Atención de los pies <i>Cubierta por Medicare:</i> Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daños en nervios relacionados con la diabetes o si reúne determinadas condiciones	Dentro de la red: Copago de \$40	Fuera de la red: 50% del costo total



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

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

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022			
Equipo médico duradero (DME), suministros y suministros para la diabetes* Los suministros de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) no son elegibles para el gasto de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) de Flex Card	Equipos médicos, prótesis y suministros médicos		
	<table border="0"> <tr> <td>Dentro de la red: 0%-20% del costo total</td> <td>Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: 0%-20% del costo total	Fuera de la red: 50% del costo total
	Dentro de la red: 0%-20% del costo total	Fuera de la red: 50% del costo total	
Suministros para la diabetes			
	<table border="0"> <tr> <td>Dentro de la red: Copago de \$0</td> <td>Fuera de la red: 50% del costo total</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total
Dentro de la red: Copago de \$0	Fuera de la red: 50% del costo total		
Acondicionamiento físico Cubre los cargos de membresía del gimnasio y las clases de acondicionamiento físico † El beneficio no se traspasa	\$200 de bonificación cada seis meses†, que se acreditará en su tarjeta Flex Card, para los cargos de membresía del gimnasio y las clases de acondicionamiento físico (\$400 de bonificación anual)		
Tratamientos alternativos Quiropráctica Cubierta por Medicare: Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición) Servicios de rutina complementarios servicios no cubiertos por Medicare † El beneficio no se traspasa	Servicios quiroprácticos (servicios cubiertos por Medicare)		
	<table border="0"> <tr> <td>Dentro de la red: Copago de \$20</td> <td>Fuera de la red: Copago de \$20</td> </tr> </table>	Dentro de la red: Copago de \$20	Fuera de la red: Copago de \$20
	Dentro de la red: Copago de \$20	Fuera de la red: Copago de \$20	
Servicios de quiropráctica, acupuntura y naturopatía (servicios de rutina complementarios)			
	Dentro o fuera de la red: \$225 de bonificación cada seis meses†, que se acreditará en su tarjeta Flex Card, para servicios de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina (\$450 de bonificación anual)		
Artículos de venta libre (OTC) Productos OTC seleccionados Encuentre fácilmente productos OTC elegibles a través de nuestra aplicación Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de DME no son productos OTC elegibles. † El beneficio no se traspasa	\$40 de bonificación cada tres meses†, que se acreditará en su tarjeta Flex Card, para artículos OTC seleccionados (\$160 de bonificación anual total) <i>Encuentre productos OTC elegibles a través de nuestra aplicación Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de DME no son productos OTC elegibles.</i>		
Comidas* Pacientes hospitalizados y SNF (admisiones directas/admisiones poshospitalarias) (ilimitadas) Personas que reciben servicio de salud a domicilio con certificación de servicio de salud a domicilio aprobada (ilimitadas)	Copago de \$0 por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio)		



Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

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

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022	
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) Se debe usar <i>LifeStation</i> para el beneficio del Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)	\$0 por sistema de alerta médica personal y monitoreo a través de LifeStation, que incluye la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y podómetro

Beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Etapa del Deducible

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022
\$0 por año

Etapa de Cobertura Inicial

Usted paga lo siguiente hasta que sus costos de medicamentos totales del año alcanzan los \$2,000.

Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Si elige el pedido por correo, paga lo mismo que pagaría por un suministro para 90 días en una farmacia **de la red**. Puede adquirir medicamentos en una farmacia **fuera de la red**, pero es posible que tenga que pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.

ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) H7006-022		
Costos compartidos minoristas estándares		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$8	Copago de \$16
Nivel 3 (medicamentos de marca comercial preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	33% del costo total	No disponible
Nivel 6 (medicamentos de atención selecta)	\$0	\$0

Después de que haya pagado \$2,000, pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes. No paga nada hasta que finalice el año. Esta cantidad y las reglas para contar los costos a los fines de calcular esta cantidad están establecidas por Medicare.



- Ahorre el copago de un mes cambiándose a un suministro para 90 días en una farmacia minorista de la red o de pedido por correo. Pregúntele a su doctor sobre el suministro para 100 días y ahorre todavía más (se aplican restricciones).
- Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Si elige el pedido por correo, paga lo mismo que pagaría por un suministro para 90 días en una farmacia de la red. Puede adquirir medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que tenga que pagar más de lo que paga en una farmacia de la red.
- Lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible. Llame a Servicios para los Miembros de ATRIO para obtener más información.
- Lo que paga por la insulina: nuestro plan cubre productos de insulina seleccionados, por los cuales pagará un máximo de \$35 por un suministro para un mes, independientemente del nivel en el que se encuentre e incluso aunque no haya alcanzado su deducible.

ATRIO Health Plans es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), PPO con Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP) y HMO con Plan de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) que tiene contratos con Medicare y con Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación de los contratos. Los proveedores fuera de la red o que no tienen un contrato con nosotros no tienen obligación alguna de atender a los miembros de ATRIO Health Plans, salvo en situaciones de emergencia. Si necesita una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos solicite una determinación de organización previa al servicio antes de recibirlo. Llame a nuestro número de Servicios para los Miembros al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.