

# **Resumen de beneficios para 2026**

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

H3814, plan 007

H3814, plan 030

1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

### **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.

#### **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 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 que sus medicamentos están cubiertos.

#### **Cómo comprender las normas importantes**

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la 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 2027.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- Este es un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad de inscribirse se basará en verificar que usted tenga derecho a Medicare y a recibir asistencia médica por parte de un plan estatal a través de Medicaid.

## **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 Special Needs Plan (HMO D-SNP). 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](http://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:

H3814007000 ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) incluye estos condados en Oregon: Klamath

H3814030000 ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) incluye estos condados en Oregon: Douglas

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 planes de salud ATRIO 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 del plan en nuestro sitio web [atriohp.com](http://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). También puede consultarla en línea en [www.medicare.gov](http://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 Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas   |
|--|--|--|
| <b>Prima mensual del plan (incluye tanto servicios médicos como de medicamentos)</b>           | \$0  | \$0  |
| <b>Deductible</b>  | El deducible de la Parte B era de \$257. Este es el monto de costo compartido para 2025 y puede cambiar para 2026.<br>ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas en atriohp.com apenas se emitan.   | El deducible de la Parte B era de \$257. Este es el monto de costo compartido para 2025 y puede cambiar para 2026.<br>ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) proporcionará las tasas actualizadas en <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a> apenas se emitan.  |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</b> | Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare dentro de nuestra red. Excepto en los casos de atención de emergencia y de urgencia, no se incluye cobertura fuera de la red; es posible que usted tenga que pagar el costo total por los servicios recibidos fuera de nuestras redes de atención médica y de farmacias.<br><br>Si usted alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, sus servicios médicos y hospitalarios continuarán cubriendose y pagaremos el costo total por el resto del año. | Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare dentro de nuestra red. Excepto en los casos de atención de emergencia y de urgencia, no se incluye cobertura fuera de la red; es posible que usted tenga que pagar el costo total por los servicios recibidos fuera de nuestras redes de atención médica y de farmacias.<br><br>Si usted alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, sus servicios médicos y hospitalarios continuarán cubriendose y pagaremos el costo total por el resto del año. |

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

|   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas   |
|---|--|--|
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b>   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.<br>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.* | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.<br>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.* |
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b><br><br>Servicios hospitalarios para pacientes externos<br><br>Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b><br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  |
| <b>Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>   |
| <b>Consultas médicas</b><br><br>Proveedores de atención primaria<br><br>Especialistas   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br><br><b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago   | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b><br><br><b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Atención preventiva (p. ej., vacunas antigripales, exámenes para la detección de la diabetes)</b>  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago   | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b>  |

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

|  | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas |
|--|--|--|
| <b>Atención de emergencia</b>  | \$0 de copago  | \$0 de copago  |
| <b>Servicios de urgencia</b>   | \$0 de copago  | \$0 de copago  |
| <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 de copago*                              | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>                       |
| Servicios de laboratorio   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                              | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>                       |
| Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej.: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan)) | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                              | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>                       |
| Radiografías para pacientes externos   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                              | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>                       |
| Radiología terapéutica   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                              | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>                       |

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

|  | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath  | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas  |
|--|---|---|
| <b>Servicios auditivos</b><br><br>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Servicios dentales</b><br><br>†El beneficio no se transfiere  | \$250 de asignación cada seis meses <sup>†</sup> cargados en su tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales . Se excluyen los procedimientos cosméticos. | \$400 de asignación cada año <sup>†</sup> cargados en su tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales. Se excluyen los procedimientos cosméticos. |
| <b>Atención de la vista</b><br><br>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista cubierto por Medicare<br><br>Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b>   |

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

|  | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas   |
|--|--|--|
| <b>Examen de la vista de rutina<br/>(servicios no cubiertos por<br/>Medicare) administrados por<br/><b>VSP</b></b> | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada<br>año   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada<br>año   |
| <b>Anteojos o lentes de contacto<br/>adicionales de rutina</b>   | \$250 de asignación<br>combinada cada dos años<br>para lentes de contacto,<br>marcos y lentes de anteojos, y<br>actualizaciones (solo dentro<br>de la red).  | \$250 de asignación<br>combinada cada dos años<br>para lentes de contacto,<br>marcos y lentes de anteojos, y<br>actualizaciones (solo dentro<br>de la red).  |
| <b>Servicios de atención de la salud<br/>mental</b><br><br>Consulta como paciente<br>internado                     | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago por cada<br>hospitalización cubierta por<br>Medicare. \$0 de copago por 60<br>días adicionales de reserva de<br>por vida.*  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago por cada<br>hospitalización cubierta por<br>Medicare. \$0 de copago por 60<br>días adicionales de reserva de<br>por vida.*  |
| <b>Servicios en un centro de<br/>atención de enfermería<br/>especializada (Skilled Nursing<br/>Facility, SNF)</b>  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago por cada estadía<br>cubierta por Medicare en un<br>centro de atención de<br>enfermería especializada. \$0<br>de copago por 60 días<br>adicionales de reserva de por<br>vida.* | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago por cada estadía<br>cubierta por Medicare en un<br>centro de atención de<br>enfermería especializada. \$0<br>de copago por 60 días<br>adicionales de reserva de por<br>vida.* |
| <b>Fisioterapia</b>  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>   |

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

|  | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas   |
|--|--|--|
| <b>Servicios de ambulancia</b>   |  |  |
| Ambulancia terrestre   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 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><b>\$0 de copago</b><br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>   |
| Ambulancia aérea   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 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><b>\$0 de copago</b><br><i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>   |
| <b>Transporte (adicional de rutina)</b><br><i>Debe usar SafeRide para los viajes cubiertos</i> | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Traslado de rutina hasta un máximo de 24 viajes cada año. Se considera un viaje a un traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan. | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Traslado de rutina hasta un máximo de 24 viajes cada año. Se considera un viaje a un traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan. |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  |  |  |
| Medicamentos para quimioterapia y radiación  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>   |

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

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
|                                     | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas |
| Otros medicamentos de la<br>Parte B | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*                              | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>                       |

## Beneficios adicionales

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

|   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas   |
|---|--|--|
| <b>Servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía (servicios complementarios de rutina)</b><br><small>†El beneficio no se transfiere</small>  | \$300 de asignación cada seis meses <sup>†</sup> , cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina. | \$300 de asignación cada seis meses <sup>†</sup> , cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina. |
| <b>Servicios de quiropráctica</b><br><br>Cubiertos por Medicare:<br>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (cuando 1 o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición)                    | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago   | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b>  |
| <b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>   |

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

|   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas   |
|---|--|--|
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b><br><br>†El beneficio no se transfiere                                       | \$300 de asignación cada seis meses <sup>†</sup> , cargados a su tarjeta Flex Card para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.   | \$300 de asignación cada seis meses <sup>†</sup> , cargados a su tarjeta Flex Card para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.   |
| <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)).* |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b>                             | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b><br><br>Servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>   |

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

|   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath   | <b>ATRIO Special Needs Plan<br/>(HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas  |
|---|--|---|
| <b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b><br><small>†El beneficio no se transfiere</small> | \$155 cada tres meses <sup>†</sup> , 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. | \$85 cada tres meses <sup>†</sup> , 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>\$0 de copago*  | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago*</b>  |
| <b>Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)</b>                      | \$0 de copago por un sistema de alerta médica ponible y monitoreo por medio de LifeStation, incluida la opción de un reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos.*   | \$0 de copago por un sistema de alerta médica ponible y monitoreo por medio de LifeStation, incluida la opción de un reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos.*  |
| <b>Atención adicional de rutina para los pies</b>   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Sin límite de consultas cada año<br>\$500 de asignación cada año   | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago<br>Sin límite de consultas cada año<br>\$500 de asignación cada año  |
| <b>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</b>  | <b>Dentro de la red</b><br>\$0 de copago   | <b>Dentro de la red</b><br><b>\$0 de copago</b>   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Cobertura para medicamentos con receta</b>   | <b>ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)</b><br>H3814007<br>Klamath                                  | <b>ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)</b><br>H3814030<br>Douglas                                  |
| <b>Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta</b>                          |   |   |
| <b>Deductible</b>   | <b>No hay deducible anual</b>   | <b>No hay deducible anual</b>   |
| <b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b> |   |   |
| <b>Nivel 1 de Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS)</b>               | Medicamentos genéricos \$5.10; \$12.65 por los medicamentos de marca y todos los demás medicamentos | Medicamentos genéricos \$5.10; \$12.65 por los medicamentos de marca y todos los demás medicamentos |
| <b>Nivel 2 de Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS)</b>               | Medicamentos genéricos \$1.60; \$4.90 por los medicamentos de marca y todos los demás medicamentos  | Medicamentos genéricos \$1.60; \$4.90 por los medicamentos de marca y todos los demás medicamentos  |
| <b>Nivel 3 de Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS)</b>               | Medicamentos genéricos \$0; \$0 por los medicamentos de marca y todos los demás medicamentos        | Medicamentos genéricos \$0; \$0 por los medicamentos de marca y todos los demás medicamentos        |
| <b>Etapa 3:</b>   |   |   |
| <b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>   | \$0   | \$0   |

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 ahorrará 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.

## Declaración amplia por escrito para afiliados potenciales

Los beneficios descritos en la sección Primas y beneficios del Resumen de beneficios están cubiertos por nuestro plan Medicare Advantage. Para cada beneficio indicado, puede ver lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. La cobertura de los beneficios descritos en este Resumen de beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Oregon Health Plan (Medicaid) sin costo al 1-800-699-9075 (TTY: 711).

| Categoría de beneficio  | Oregon Health Plan (Medicaid)  |
|---|--|
| <b>Tratamiento para el trastorno por el consumo de sustancias</b> | Por ejemplo, asesoramiento, tratamiento asistido por medicamentos, acupuntura, tratamiento residencial y servicios prestados por pares.  |
| <b>Dental</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios básicos incluidos limpieza, barniz de fluoruro, empastes y extracciones</li><li>• Tratamiento urgente o inmediato</li><li>• Dentaduras postizas</li><li>• Coronas de acero inoxidable para molares (dientes posteriores)</li></ul> |
| <b>Audición</b>   | Audífonos y exámenes para audífonos  |
| <b>Atención médica a domicilio</b>                                | Servicio de enfermería privado   |
| <b>Atención en un hospicio</b>                                    | Atención de final de vida  |
| <b>Atención hospitalaria</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de emergencia</li></ul>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>Atención para pacientes internados y externos</li></ul>  |
| <b>Inmunizaciones y vacunas</b>   | Por ejemplo, vacuna antigripal o vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)  |
| <b>Atención prenatal, de trabajo de parto, parto y posparto</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>Atención de doula</li><li>Chequeos prenatales</li><li>Trabajo de parto y parto en un hospital, centro de maternidad o en el hogar</li><li>Consultas de enfermería para recién nacidos en el domicilio</li><li>Asesoramiento posparto</li></ul> |
| <b>Pruebas de laboratorio y radiografías</b>  | Pruebas de laboratorio y radiografías, por ejemplo, pruebas de detección en sangre y mamografías   |
| <b>Atención de Medicares prestada por un médico, enfermero con práctica médica o asistente médico</b> | Por ejemplo, chequeos de rutina o una cita general   |
| <b>Equipos y suministros médicos</b>  | Por ejemplo, tiras reactivas para personas con diabetes o muletas  |
| <b>Transporte médico</b>  | Por ejemplo, una ambulancia o transporte que no es de emergencia a una cita  |

|  |   |
|--|---|
|  |   |
| <b>Atención de salud mental</b>                      | Por ejemplo, terapia o tratamiento médico   |
| <b>Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</b> | Terapia para mejorar las habilidades o funciones para la vida diaria  |
| <b>Medicamentos con receta</b>                       | OHP con medicamentos limitados solo incluye medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare  |
| <b>Vista</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios médicos</li><li>• Servicios para corregir la vista para mujeres embarazadas y niños menores de 21 años</li><li>• Los anteojos están cubiertos para mujeres embarazadas y adultos que tienen una afección médica que califica, como afaquia o queratocono, o después de una cirugía de cataratas</li></ul> |

ATRIO Health Plans es un plan PPO, HMO, PPO C-SNP y HMO D-SNP que tiene 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.