

Resumen de beneficios para 2026

ATRIO Choice Rx (PPO)

ATRIO Prime Rx (PPO)

ATRIO Freedom (PPO)

H6743, plan 001

H6743, plan 030

H6743, plan 031

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 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.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar brindarle atención. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.

Acerca del Resumen de beneficios y quién puede inscribirse

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos de ATRIO Health Plans cubiertos por ATRIO Choice Rx (PPO), ATRIO Prime Rx (PPO) y ATRIO Freedom (PPO). La información de beneficios proporcionada no indica todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura en atriohp.com. 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:

H6743001000 ATRIO Choice Rx (PPO) incluye estos condados en Oregon: Klamath

H6743030000 ATRIO Prime Rx (PPO) incluye estos condados en Oregon: Klamath

H6743031000 ATRIO Freedom (PPO) incluye estos condados en Oregon: Klamath

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

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo acudir?

Los 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.

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 consultarlo en línea en 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).

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Prima mensual del plan <i>(incluye tanto beneficios médicos como de medicamentos)</i>	\$26	\$139	\$0
Reducción en la prima de la Parte B	No está disponible.	No está disponible.	Este plan ofrece un \$25 a devolverse cada mes en su cheque del Seguro Social.
Deducible	No hay deducible para gastos médicos. Consulte la cobertura para medicamentos con receta para conocer el deducible de la Parte D.	No hay deducible para gastos médicos. Consulte la cobertura para medicamentos con receta para conocer el deducible de la Parte D.	\$110
Monto máximo que paga de su bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</i>	De proveedores de la red: \$6,750 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$9,500	De proveedores de la red: \$4,200 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$6,300	De proveedores de la red: \$5,500 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$6,500

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Dentro de la red \$350 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.* Fuera de la red \$450 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Dentro de la red \$350 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.* Fuera de la red \$450 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Dentro de la red \$275 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.* Fuera de la red \$375 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos	Dentro de la red \$500 de copago* Fuera de la red \$600 de copago	Dentro de la red \$350 de copago* Fuera de la red \$450 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro* Fuera de la red 30% de coseguro

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	Dentro de la red \$500 de copago por estadía* Fuera de la red \$600 de copago	Dentro de la red \$350 de copago por día* Fuera de la red \$450 de copago	Dentro de la red \$275 de copago por día* Fuera de la red 30% de coseguro
Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Dentro de la red \$225 de copago* Fuera de la red \$225 de copago	Dentro de la red \$225 de copago* Fuera de la red \$325 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro* Fuera de la red 30% de coseguro
Consultas médicas Proveedores de atención primaria Especialistas	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$50 de copago Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red \$50 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$30 de copago Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red \$50 de copago	Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red \$50 de copago Dentro de la red \$25 de copago Fuera de la red \$65 de copago
Atención preventiva (p. ej., vacunas antigripales, exámenes para la detección de la diabetes)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Atención de emergencia	\$130 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$150 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$125 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Servicios de urgencia	\$50 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$65 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.	\$50 de copago El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio para diagnóstico/diagnóstico por imagen			
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Dentro de la red \$0 - \$350 de copago*	Dentro de la red \$0 - \$250 de copago*	Dentro de la red \$0 - \$20 de copago*
	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 30% de coseguro
Servicios de laboratorio	Dentro de la red \$0 de copago*	Dentro de la red \$0 de copago*	Dentro de la red \$20 de copago*
	Fuera de la red 15% de coseguro	Fuera de la red \$0 de copago	Fuera de la red 15% de coseguro

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Servicios radiológicos de diagnóstico (p.ej.: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CAT Scan))	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*
	Fuera de la red 30% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 30% de coseguro
Radiografías para pacientes externos	Dentro de la red \$30 de copago*	Dentro de la red \$15 de copago*	Dentro de la red \$20 de copago*
	Fuera de la red 30% de coseguro	Fuera de la red 30% de coseguro	Fuera de la red 30% de coseguro
Radiología terapéutica	Dentro de la red 20% de coseguro*	Dentro de la red 20% de coseguro*	Dentro de la red 20% de coseguro*
	Fuera de la red 30% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 30% de coseguro
Servicios auditivos			
Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	Dentro de la red \$45 de copago	Dentro de la red \$15 de copago	Dentro de la red \$45 de copago
	Fuera de la red \$50 de copago	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red \$50 de copago
Examen auditivo de rutina y audífonos (servicios no cubiertos por Medicare) deben ser administrados por un proveedor de Amplifon por copagos dentro de la red			

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Examen auditivo de rutina	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año *	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año *	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año *
	Fuera de la red \$0 de copago	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red \$50 de copago
Prueba(s) para el ajuste de audífonos	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año *	Dentro de la red \$0 de copago Sin límite de consultas cada año *	Dentro de la red \$0 de copago Sin límite de consultas cada año *
	Fuera de la red \$0 de copago	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro
Audífonos			
○ Todos los tipos	Dentro de la red \$699 - \$999 de copago Se limita a 2 audífono(s) cada año *	Dentro de la red \$699 - \$999 de copago Se limita a 2 audífono(s) cada año *	Dentro de la red \$699 - \$999 de copago Se limita a 2 audífono(s) cada año *
	Fuera de la red \$699 - \$999 de copago *	Fuera de la red 50% de coseguro *	Fuera de la red \$699 - \$999 de copago *

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Servicios dentales †El beneficio no se transfiere	Dentro de la red \$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Fuera de la red \$65 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. \$200 de asignación cada seis meses† cargados en su tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales . Se excluyen los procedimientos cosméticos.	Dentro de la red \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Fuera de la red \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. \$350 de asignación cada seis meses† cargados en su tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales. Se excluyen los procedimientos cosméticos.	Dentro de la red \$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Fuera de la red \$45 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. \$300 de asignación cada seis meses† cargados en su tarjeta Flex Card, por todos los servicios dentales integrales y de prevención adicionales. Se excluyen los procedimientos cosméticos.
Atención de la vista Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista cubierto por Medicare	Dentro de la red \$45 de copago Fuera de la red \$65 de copago	Dentro de la red \$15 de copago Fuera de la red \$15 de copago	Dentro de la red \$45 de copago Fuera de la red \$45 de copago

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	Dentro de la red \$45 de copago Fuera de la red \$65 de copago	Dentro de la red \$15 de copago Fuera de la red \$15 de copago	Dentro de la red \$45 de copago Fuera de la red \$45 de copago
Examen de la vista de rutina (servicios no cubiertos por Medicare) deben ser administrados por un proveedor de VSP por copagos dentro de la red	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año Fuera de la red 50% de coseguro
Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina	\$150 de asignación combinada cada año para lentes de contacto, marcos y lentes de anteojos, y actualizaciones (solo dentro de la red).	\$200 de asignación cada año para anteojos (lentes y marcos) y \$100 de asignación cada año para lentes de contacto.	\$150 de asignación cada año para anteojos (lentes y marcos) y \$100 de asignación cada año para lentes de contacto.

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Servicios de atención de la salud mental Consulta como paciente internado	Dentro de la red \$450 de copago cada día por los días 1 al 5 y \$0 de copago cada día por los días 6 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.* Fuera de la red \$395 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Dentro de la red \$225 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.* Fuera de la red \$350 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	Dentro de la red \$275 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.* Fuera de la red \$375 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Dentro de la red \$10 de copago cada día por los días 1 al 20 y \$214 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.* Fuera de la red \$300 de copago cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.	Dentro de la red \$20 de copago cada día por los días 1 al 20 y \$203 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.* Fuera de la red \$500 de copago cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.	Dentro de la red \$10 de copago cada día por los días 1 al 20 y \$203 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.* Fuera de la red \$203 de copago cada día por los días 1 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.
Fisioterapia	Dentro de la red \$40 de copago* Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red \$30 de copago* Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red \$25 de copago* Fuera de la red 50% de coseguro

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Servicios de ambulancia			
Ambulancia terrestre	Dentro de la red \$350 de copago <i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>	Dentro de la red \$275 de copago <i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>	Dentro de la red \$275 de copago <i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i>
Ambulancia aérea	Fuera de la red \$350 de copago Dentro de la red \$350 de copago <i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i> Fuera de la red \$350 de copago	Fuera de la red \$275 de copago Dentro de la red \$275 de copago <i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i> Fuera de la red \$275 de copago	Fuera de la red \$275 de copago Dentro de la red \$275 de copago <i>Se requiere una autorización previa para servicio de transporte que no es de emergencia.</i> Fuera de la red \$275 de copago

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Transporte (adicional de rutina) <i>Debe usar SafeRide para los viajes cubiertos</i>	Dentro de la red \$0 de copago 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.	Dentro de la red \$0 de copago 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.	Dentro de la red \$0 de copago Traslado de rutina hasta un máximo de 12 viajes cada año. Se considera un viaje a un traslado de un tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan.
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
Medicamentos para quimioterapia y radiación	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*
	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro
Otros medicamentos de la Parte B	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*	Dentro de la red 0% - 20% de coseguro*
	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro	Fuera de la red 50% de coseguro

Beneficios adicionales

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Examen físico anual de rutina	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Servicios quiroprácticos, de acupuntura y de naturopatía (servicios complementarios de rutina) †El beneficio no se transfiere	\$300 de asignación cada seis meses†, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.	\$100 de asignación cada seis meses†, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.	\$100 de asignación cada seis meses†, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
Servicios de quiropráctica Cubiertos por Medicare: Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (cuando 1 o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición)	Dentro de la red \$15 de copago Fuera de la red \$15 de copago	Dentro de la red \$15 de copago Fuera de la red \$15 de copago	Dentro de la red \$15 de copago Fuera de la red \$15 de copago

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados Los suministros de DME no son elegibles para los gastos con la tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 30% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico †El beneficio no se transfiere	\$175 de asignación cada seis meses†, cargados a su tarjeta Flex Card para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.	\$200 de asignación cada seis meses†, cargados a su tarjeta Flex Card para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.	\$100 de asignación cada seis meses†, cargados a su tarjeta Flex Card para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico.

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Beneficio de comidas	\$0 de copago por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio) (paciente internado o admisión directa/admisión posterior al hospital en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)).*	\$0 de copago por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio) (paciente internado o admisión directa/admisión posterior al hospital en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)).*	\$0 de copago por un máximo de 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas por episodio) (paciente internado o admisión directa/admisión posterior al hospital en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)).*
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	Dentro de la red 20% de coseguro* Fuera de la red 30% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro* Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro* Fuera de la red 30% de coseguro
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional	Dentro de la red \$30 de copago* Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red \$30 de copago* Fuera de la red 50% de coseguro	Dentro de la red \$25 de copago* Fuera de la red 50% de coseguro

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) †El beneficio no se transfiere	\$25 cada tres meses†, cargados en su tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos. Busque los productos OTC elegibles usando la aplicación de la tarjeta Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) no son productos OTC elegibles.	\$75 cada tres meses†, cargados en su tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos. Busque los productos OTC elegibles usando la aplicación de la tarjeta Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) no son productos OTC elegibles.	\$25 cada tres meses†, cargados en su tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos. Busque los productos OTC elegibles usando la aplicación de la tarjeta Flex Card en su teléfono inteligente. Los artículos de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) no son productos OTC elegibles.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos	Dentro de la red \$55 de copago por día Fuera de la red 50% de coseguro por día	Dentro de la red 20% de coseguro por día Fuera de la red 50% de coseguro por día	Dentro de la red 20% de coseguro por día Fuera de la red 50% de coseguro por día

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

	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$140 de copago	\$500 de copago	\$125 de copago

Cobertura para medicamentos con receta	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Etapas 1: Deducible anual para medicamentos con receta			
Deducible	\$300 por los medicamentos con receta de la Parte D Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 . Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. *Se aplica el deducible de la Parte D.	Este plan no tiene deducible por los medicamentos de la Parte D, esta etapa de pago no se aplica a usted.	No está disponible
Etapas 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)			
Costo compartido minorista estándar (31 días/100 días de suministro)			
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0/\$0 de copago	\$0/\$0 de copago	No está disponible
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$10/\$20 de copago	\$8/\$16 de copago	No está disponible
Nivel 3* (medicamentos de marca preferida)	\$47/\$94 de copago	\$47/\$94 de copago	No está disponible
Nivel 4* (medicamentos no preferidos)	\$100/\$200 de copago	\$100/\$200 de copago	No está disponible
Nivel 5* (medicamentos especializados)	28% de coseguro/No está disponible	33% de coseguro/No está disponible	No está disponible

Cobertura para medicamentos con receta	ATRIO Choice Rx (PPO) H6743001 Klamath	ATRIO Prime Rx (PPO) H6743030 Klamath	ATRIO Freedom (PPO) H6743031 Klamath
Nivel 6 (medicamentos para cuidados selectos)	\$0/\$0 de copago	\$0/\$0 de copago	No está disponible
Etapas 3: Cobertura en situaciones catastróficas			
Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de los pedidos por correo) alcancen \$2,100, usted no paga nada.			

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

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

ATRIO Health Plans 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.