

2023

Enrollment Guide

+ + +

Service Area 5
Orange County in California



Now offering compassionate coverage with trusted local care

 **Providence**
Medicare Advantage Plans

 **Providence**
Mission | St. Joseph | St. Jude



Enrolling in Medicare

What to Expect

The Providence Way

For more than 160 years, Providence has helped to set the health and well-being standard for the region. As our organization has grown, our efforts have aligned under a single mission: to bring True Health to each and every member of the community.

True Health is a commitment to caring for the whole self: mind, body, and spirit. The concept is rooted in the idea that the healthier each of us are, the healthier we all are. We don't deliver True Health to members as a single tool or finished product, because it's more than that. It's an idea, a set of goals that evolve as we learn – a legacy we build together.

We all deserve True Health.



04	Medicare 101: Getting Started
08	Additional Medicare Coverage
12	Who's Eligible for Original Medicare?
14	Providence Medicare Advantage Plans Health and Fitness Perks
16	Frequently Asked Questions
17	How to Enroll
18	What to Expect After Enrollment

Medicare 101

Getting Started

Enrolling in Medicare can be complex, but we're here to keep it from getting confusing.

This guide will explain what your options are and help you take the next step with confidence.

Before you can enroll in a Medicare Advantage plan, you'll need to be fully enrolled in Original Medicare.



Original Medicare

Original Medicare is basic health coverage provided by the government and is a combination of two programs: Part A and Part B.

Part A Hospital insurance

- + Inpatient hospital services
- + Skilled nursing facility care
- + Hospice care
- + Home healthcare

Part A comes at no cost if you or your spouse paid Medicare taxes for at least 10 years.

Part B Medical insurance

- + Outpatient services
- + Doctor visits
- + Outpatient lab tests and x-rays

Part B is paid for based on income and is usually deducted from your Social Security or Railroad Retirement Board.



What's not covered?

Original Medicare covers a lot, but not everything. About 20% of typical out-of-pocket medical costs are left up to you as the individual to cover.

Original Medicare *doesn't* cover services like:

- + Rx drugs
- + Dental
- + Vision
- + Hearing aids
- + Alternative Care

With Providence Medicare Advantage Plans, you will get the additional coverage you need along with financial peace of mind.



To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263 (TTY: 711)** or explore and enroll online at ProvidenceTrueHealth.com/guides

Additional Medicare Coverage

Extending Coverage. Controlling Costs.

Many Original Medicare members choose additional Medicare coverage or a Medicare Supplement plan to help them with the costs and services they need.



Additional coverage comes in three forms:

- + Medicare Advantage (Part C)
- + Prescription Drug Coverage (Part D)
- + Medicare Supplement (Medigap)

If you feel that you would benefit from additional Medicare coverage, rest assured that Providence has a plan option to meet your needs – whatever they may be.



To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263 (TTY: 711)** or explore and enroll online at ProvidenceTrueHealth.com/guides

Additional Medicare Coverage

Part C

Medicare Advantage

Providence Medicare Advantage Plans include Parts A, B, and many include Part D, while offering extra benefits and services not covered by Original Medicare, such as:

- + Eyeglasses
- + Hearing coverage
- + Wellness programs

While Original Medicare has no out-of-pocket maximum, Providence Medicare Advantage Plans do, giving you more financial freedom and dependability.

Because it is additional coverage, if you enroll in a Part C plan, you'll also continue to pay your Part B premium.



To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263 (TTY: 711)** or explore and enroll online at [ProvidenceTrueHealth.com/guides](https://www.ProvidenceTrueHealth.com/guides)

Part D

Prescription Drug Coverage

Original Medicare doesn't cover prescriptions, so private insurers offer prescription drug coverage plans to help with the out-of-pocket costs of:

- + Brand-name drugs
- + Generic drugs

If you don't enroll in Part D coverage when you enroll in Original Medicare, you end up paying a late enrollment penalty. Luckily, most Providence Medicare Advantage plans include Part D coverage, and there are many standalone Part D plans offered on the market. So you have options.

Medigap

Medicare Supplement Plans*

Medicare Supplement plans are designed to help with the out-of-pocket costs associated with Original Medicare.

Medicare Supplement lets you pay a set cost per month, rather than paying for services as you go. With this coverage, you can visit any Medicare-accepting provider or specialist nationwide and without referral.

*Medicare Supplement does not cover prescription drugs, so you will need to pair it with a Medicare Part D plan. Additionally, Medicare Supplement cannot be combined with a Medicare Advantage plan (Part C).

Original Medicare

Who's Eligible?

To be eligible for Medicare Parts A and B, you must be a U.S. citizen or a permanent legal resident for at least five years and be age 65 or older.



If you're under age 65, you're eligible if you:

- + Are permanently disabled and have received disability benefits for at least 24 months
- + Have end-stage renal disease (ESRD)
- + Have Lou Gehrig's disease (ALS)

Enrolling in Medicare at age 65

If you are collecting Social Security or a Railroad Retirement Pension, you will be automatically enrolled into Medicare Parts A and B.

If you are not collecting Social Security or a Railroad Retirement Pension, you will need to apply for Medicare Parts A and B.

- + Apply on the Social Security website: ssa.gov/benefits/medicare
- + Visit your local Social Security office
- + Call Social Security at **1-800-772-1213** (TTY users can call **1-800-325-0778**) or the Railroad Retirement Board (if you worked there) at **1-877-772-5772**

One plan. Many advantages.

Providence Medicare Advantage Plans

In addition to having a variety of plan options to meet your healthcare needs and match your lifestyle, our plans come with a host of cost-saving health and fitness perks to give you more, save you money, and help you on your journey to True Health.



Medicare Star Ratings

Every year, Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system. These star ratings, given by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), help you evaluate how well our plan is doing, so you can compare it to the ratings of other plans on the market.

We always aim as high as possible, consistently reaching 4.5 - 5 out of 5 stars. See this year's star rating for Providence Medicare Advantage Plans in the folder at the back of this enrollment kit.



myProvidence

Manage your healthcare online with secure and convenient 24/7 access to claims history, benefits information, and more.



Hearing Coverage

Manage your hearing with one \$0 routine exam per year and up to two hearing aids per year (no coverage on Dual Plus).



Post-discharge meals

Mom's Meals will provide 2 meals per day for 14 days after discharge from an inpatient hospital stay at no cost to you.



Behavioral Health

We are here, whether you need services in a primary care clinic, a psychiatry clinic, an outpatient, or inpatient setting.



Medical Alert System

Sign up for 24/7 access to emergency help at the press of a button, including professional intervention and personal response at no cost.



Vision Coverage

On any plan, you'll get allowances for routine eye exams and for vision hardware like eyeglasses and contact lenses.



\$0 Rx Copays

Some plans offer \$0 copays on Tier 1 generic drugs as well as reduced costs for 90-day supplies at preferred and mail-order pharmacies.



Over-The-Counter

Our OTC card gives you an allowance every quarter to purchase health and wellness related over-the-counter items. Available on some plans.



Fitness Membership

A no-cost fitness membership, customized workout plans, on-demand workout videos, and one Home Fitness Kit per benefit year through Silver&Fit®.

Frequently Asked Questions

Are my medications covered?

Lists of covered prescriptions can be found in prescription drug formularies, which live online at: [ProvidenceTrueHealth.com/formularyguide](https://www.providencetruehealth.com/formularyguide).

If you would like a printed copy of the formulary, you can request that one be mailed to you by visiting the link above or calling the number below. Formularies are available for Part D prescription drug plans only.

Where do I find a provider?

Find a provider or pharmacy by using our online search tool at: [ProvidenceTrueHealth.com/providerguide](https://www.providencetruehealth.com/providerguide).

If you'd like a printed copy of the provider and/or pharmacy directory, you can request that one or both be mailed to you by calling the number below or visiting the link above.

Who can I call for help?

We are always here to help. Call us at **1-833-949-0263 (TTY: 711)** 8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time) seven days a week (Oct. 1 - Dec. 7) and Monday - Friday (Dec. 8 - Sept. 30).

Providence Medicare Advantage Plans How to Enroll

Here are several ways to enroll in Providence Medicare Advantage Plans – choose whichever one is most convenient for you. We can't wait to welcome you into the Providence community.

- + Enroll online with our secure enrollment form [ProvidenceTrueHealth.com/enrollguide](https://www.providencetruehealth.com/enrollguide).
- + Enroll by phone by contacting the Providence Medicare Advantage Plans Sales Team at **1-833-949-0263 (TTY: 711)**. Service is available between 8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 - Dec. 7), Monday - Friday (Dec. 8 - Sept. 30).
- + Enroll one-on-one by scheduling a meeting with a local agent.
- + Enroll via mail or fax by completing an enrollment form and sending to:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548
Fax: 503-574-8653

After enrolling, you will receive a notice in the mail acknowledging receipt of your enrollment request.

- + Medicare's annual enrollment period is October 15 - December 7.
- + Individuals must have both Part A and Part B to enroll.

What to Expect

After Enrollment



ID card and welcome guide

Your member ID card and welcome guide will arrive 7-10 business days after your enrollment is confirmed. The welcome guide gives you valuable information about how to use your plan, how and where to get care, benefit features, and other member resources.



Confirmation and Rx subsidy

After completing and submitting your enrollment form, you will receive a Confirmation of Enrollment letter that includes an effective date of coverage. Members on a plan with prescription drug coverage who qualify for extra help will receive a letter that informs them of their adjusted premium and details their prescription drug cost-sharing benefit.



Within your first 90 days

Within 90 days of enrollment, your Care Management team will send you a Health Risk Assessment by mail. This will help us to better understand your healthcare goals and provide seamless access to quality care.

If you would like to connect with us sooner, need assistance with navigating your healthcare, or would like to talk with an RN directly, please call **503-574-7247 (TTY: 711)**, 8 a.m. to 5 p.m. (Pacific Time), Monday – Friday.

After we confirm your enrollment with Medicare, you may cancel any Medigap or supplemental coverage that you have.

If you were on a Medicare Advantage plan or Medicare Cost plan when you enrolled:

- + Your enrollment in that plan will automatically be cancelled.
- + You do not have to notify the insurance carrier that you want to cancel. Medicare will take care of that when they transfer you to Providence Medicare Advantage Plans.

If you are a first-time member of a Medicare health plan, Medicare Advantage or Medicare Cost plan:

- + You may have a trial period during which you have certain rights to leave Providence Medicare Advantage Plans and purchase a Medigap policy.

Once enrolled in our plan:

- + You are generally limited to making changes between October 15 – December 7.
- + In special circumstances, Medicare may give you an opportunity to switch to another plan.

Please contact **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or visit **www.Medicare.gov** for further information about Medicare benefits and services. TTY users can call **1-877-486-2048** 24 hours a day, seven days a week (Pacific Time).

Notes

Providence Health Assurance is an HMO, HMO-POS and HMO SNP with Medicare and Oregon Health Plan contracts. Enrollment in Providence Health Assurance depends on contract renewal.

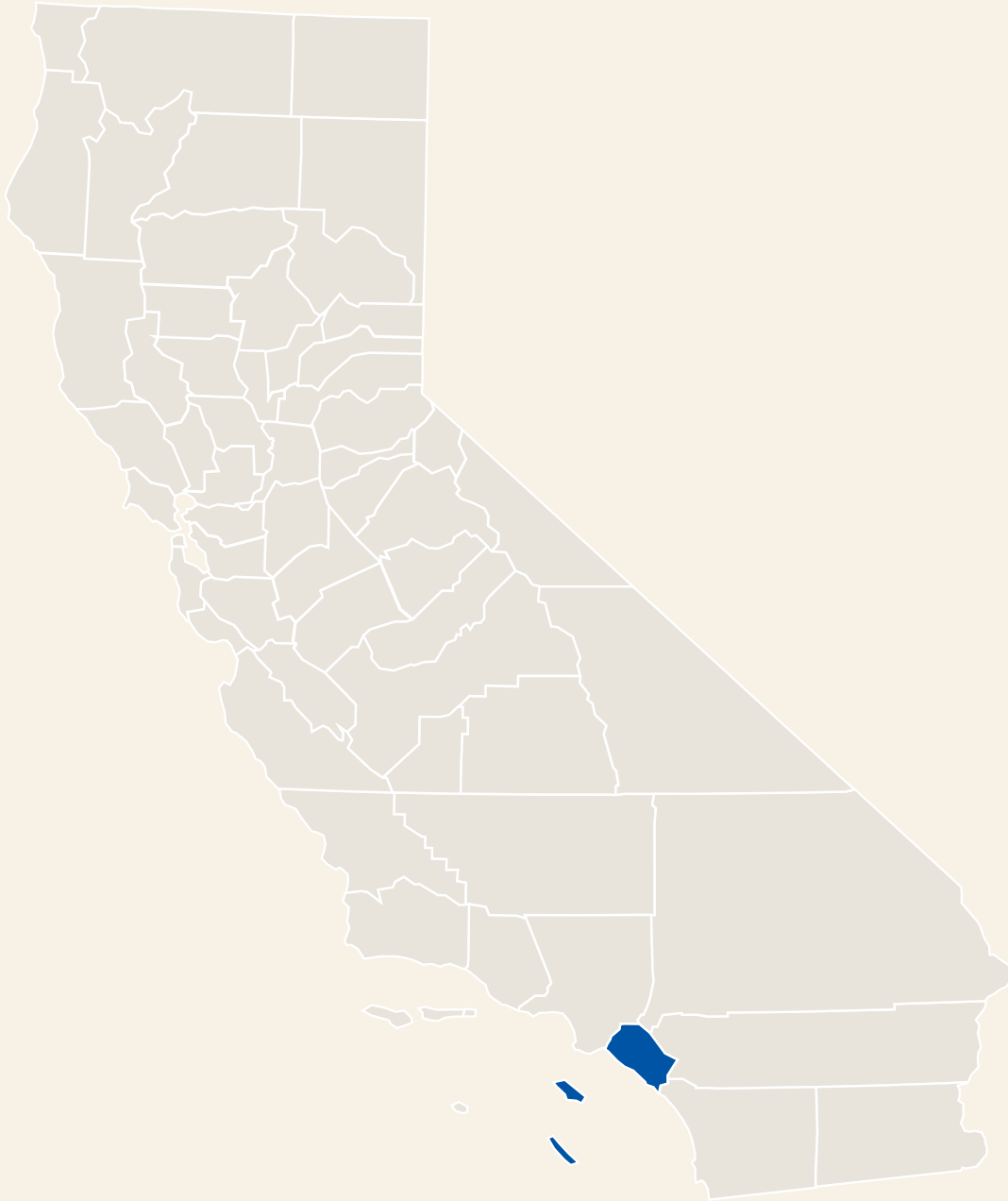
The Formulary may change at any time. You will receive notice when necessary.

2023 Providence Medicare Service Area Map

Orange County in California



+ Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)



Visit ProvidenceTrueHealth.com/plan for more information.

Providence Medicare Advantage Plans – Part C

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
Monthly premium with prescription drug coverage	\$0
	In-network
Medical deductible	\$0
Out-of-pocket maximum	\$1,200
Benefits	You pay
Doctor office visit (PCP)	\$0
Specialist visit	\$0
Preventive care	\$0
Inpatient hospital	\$0
Skilled nursing facility	Days 1-20: \$0 Days 21-100: \$50/day
Outpatient surgery	\$0 Ambulatory \$0 Hospital
Diabetic supplies	\$0 – 20%
Lab	\$0
X-ray	\$0
Outpatient diagnostic tests & procedures	\$0
Alternative care	(\$500 max)
Chiropractic	\$15
Acupuncture	\$15
Naturopathy	\$15
Therapy: PT, OT, ST	\$0
Durable medical equipment	20%
Home health	\$0
Telehealth**	\$0 PCP or specialist
	Worldwide coverage
Urgent care	\$0
Emergency room*	\$90
Ambulance (ground or air)	\$250 one way

*Copay waived if you are admitted to the hospital within 24 hours for the same condition.

**You will pay the cost sharing that applies to the services.

Other charges and limits may apply. Please refer to Evidence of Coverage for more information.

Providence Health Assurance is an HMO, HMO-POS and HMO SNP with Medicare and Oregon Health Plan contracts. Enrollment in Providence Health Assurance depends on contract renewal.

Pharmacy coverage – Part D

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)	
Annual deductible	\$0	
	30-day	90-day
Preferred generic	\$0	\$0
Generic	\$10	\$10
Preferred brand	\$47	\$141
Non-preferred drugs	\$100	\$300
Specialty drugs	33%	Not available
Vaccines	\$0	Not available
Select Insulin	\$35 max	\$35 max

Copays listed are for Preferred Network pharmacies only; other pharmacy copays may cost more. The Formulary and pharmacy network may change at any time. You will receive notice when necessary.

Initial coverage	Coverage gap	Catastrophic coverage
Phase 1	Phase 2	Phase 3
When the total paid by you and the plan reaches \$4,660, Phase 2 begins.	You continue to pay your Tier 1 and Tier 6 \$0 cost-shares in Phase 2 Coverage Gap. All other cost-shares will be 25%. You stay in this stage until your out-of-pocket costs reach \$7,400. After that, Phase 3 begins.	You pay whichever of these is larger: either 5% coinsurance for the costs of the drug or \$4.15 copay for generic drugs; \$10.35 copay for brand-name or specialty drugs.

Dental, hearing, vision and more

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
Flex dental card	\$500 allowance per year
Routine eye exams	\$0
Prescription eyeglasses or contact lenses*	\$100 allowance per year
Routine hearing exam (one per year)**	\$0
Hearing aids (two per year)	\$399 - \$699 per hearing aid
Over-the-counter allowance	\$110 allowance per quarter
Post discharge meals	\$0 - two meals per day for 14 days
Medical alert system	\$0
Fitness center membership***	\$0
Wigs for hair loss related to chemotherapy	20% for synthetic 1 wig per year
Non-emergent medical transportation benefit	\$0 for 48 one-way trips per year

*You are responsible for any cost above the allowance for routine eye exams, prescription eyeglasses or contact lenses. **You must see a TruHearing provider. Other charges and limits may apply. ***Premium fitness network is available for an additional cost per month.

Medicare can be complex.

We're here to keep it from getting confusing.

Whatever your healthcare needs are, Providence offers a Medicare Advantage plan that has you covered. Explore the plan options in your area, and don't hesitate to call us if you have questions. Providence Medicare Advantage experts are ready and waiting to help you.

Have questions?

We are always here to help.





Call us at **1-866-948-4985 (TTY: 711)**

8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 – Dec. 7)
and Monday – Friday (Dec. 8 – Sept. 30)







Lista de verificación

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda en su totalidad nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del servicio al cliente al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Entender los beneficios

-  La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece 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. Visite [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.providencehealthassurance.com/EOC) o llame al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
-  Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora se encuentran en la red. Si no están indicados, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
-  Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para sus medicamentos recetados se encuentra en la red. Si la farmacia no está indicada, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
-  Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las reglas importantes

-  Además de la prima mensual de su plan (incluidos los planes con primas de \$0), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque de Seguro Social todos los meses. La prima de la Parte B está cubierta para las personas inscritas con beneficios completos con doble elegibilidad que son elegibles para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
-  Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar todos los años.
-  Cuando seleccione un producto de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO), recuerde que, excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores que estén fuera de la red (médicos que no están indicados en el directorio de proveedores).
-  Nuestros planes HMO-POS le permiten ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una emergencia o situación urgente, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, usted pagará un copago mayor por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
-  Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Podrá inscribirse si se verifica que tiene derecho a Medicare y a asistencia médica de un plan estatal de Medicare.
-  Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura se puede ver afectada cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, cuando comience su cobertura de Medicare Advantage, le convendría cancelar su póliza de Medigap, porque de lo contrario, estaría pagando una cobertura que no puede usar.



FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN EN MEDICARE ADVANTAGE PARA 2023

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a un Plan de Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- + Ser ciudadano de Estados Unidos o estar legalmente en Estados Unidos
- + Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un Plan de Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- + Medicare Parte A (Seguro de hospital)
- + Medicare Parte B (Seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- + Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1 de enero)
- + Antes de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- + En determinadas situaciones en las que tiene permitido unirse o cambiarse de plan

Visite **Medicare.gov** para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- + Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- + Su dirección permanente y su teléfono

Tenga en cuenta: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, no le pueden negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- + Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- + Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que las primas se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio de Seguro Social mensual (o del de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, RRB).

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los elementos que recibamos que no sean sobre cómo mejorar este formulario o la carga que implica su recopilación (descrito en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se guardarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completado y firmado a través de una de las tres opciones que se presentan a continuación:

Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

Escanee y envíe las páginas por fax a:
503-574-8653

Escanee y envíe las páginas por correo electrónico a:
provMedicare@providence.org

Cuando procesen su solicitud, se comunicarán con usted.

¿Cómo recibo ayuda para completar este formulario?

Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o al **1-855-234-2495**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

En español: Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o al **1-855-234-2495/TTY: 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas en situación de calle

Si desea unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar un apartado de correos, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., los cheques del seguro social) como su dirección de residencia permanente.

Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea unirse:

Providence Medicare Sycamore + RX (HMO) - \$0 por mes

PRIMER nombre

APELLIDO

In. 2.º nombre
(Opcional)

____/____/____
Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)

GÉNERO: Masculino
 Femenino

(____) ____
Número de teléfono

Dirección de residencia permanente (no ingrese un PO Box)

Ciudad

Condado (opcional)

Estado

Código postal

Dirección postal, si es diferente a la dirección permanente (PO Box permitida):

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Su información de Medicare:

____-____-____
Número de Medicare

____/____/____
Cobertura hospitalaria
(Parte A)
Fecha de entrada en
vigencia (opcional)

____/____/____
Cobertura médica
(Parte B)
Fecha de entrada en
vigencia (opcional)

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura además de la de Providence Medicare Advantage Plans? Sí No

Algunas personas pueden tener otra cobertura, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, la cobertura de beneficios médicos del empleado federal, los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) o los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

Si es así, identifique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura

Número de ID para esta cobertura

Número de grupo para esta cobertura

Marque todas las opciones que correspondan: Médica Visual Dental Medicamentos recetados

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- + Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en Providence Medicare Advantage Plans.
- + Al participar en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Providence Medicare Advantage Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (ver la declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- + Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- + Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan de Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes de MA PFFS, MA MSA).
- + La información que aparece en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.
- + Entiendo que, cuando comienza mi cobertura de Providence Medicare Advantage Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Providence Medicare Advantage Plans. Los beneficios y servicios proporcionados por Providence Medicare Advantage Plans y contenidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Providence Medicare Advantage Plans (también conocido como un contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Providence Medicare Advantage Plans pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- + Entiendo que si mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) aparece en esta solicitud, significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por las leyes estatales a completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta potestad está disponible si Medicare la solicita.

Firma

____/____/____
Fecha de hoy

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre

Dirección

() -

Número de teléfono

Vínculo con el inscrito



PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE

NOMBRE DEL AGENTE

____/____/____
FECHA

N.º nacional de productor (NPN):

____/____/____
FECHA SOLICITADA DE
COBERTURA

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura si no las responde.

¿Es de origen hispano, latino o español? Marque todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español Sí, otro origen hispano, latino o español
 Sí, mexicano, mexicanoestadounidense, chicano **Elijo no responder**
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano

¿Cuál es su raza? Marque todo lo que corresponda.

- Indígena americana o nativa de Alaska Japonesa Vietnamita
 India asiática Coreana Blanca
 Negra o afroamericana Nativa de Hawái **Elijo no responder**
 China Otra asiática
 Filipina Otra isleña del Pacífico
 Guameña o chamorra Samoana

Indique su profesional médico de cabecera (PCP), clínica o centro médico:

Si no indica un PCP, se le asignará uno.

- Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en español.
 Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en vietnamita.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-800-603-2340 o al 503-574-8000 si necesita información en un formato accesible diferente de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?

- Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

- Sí No

Pago de las primas de su plan

Puede pagar por correo la prima de su plan mensual (y también las sanciones de inscripción tardía que pueda tener adeudadas) todos los meses. **También puede pagar su prima con un descuento automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) todos los meses.**

Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto extra además de la prima de su plan. El monto usualmente se quita del beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o el RRB). NO pague la IRMAA de la Parte D a Providence Medicare Advantage Plans.

Seleccione una opción de pago de prima:

- Reciba una factura mensual - Una vez que reciba su primera factura, puede elegir una opción de pago diferente:
- + Puede pagar con tarjeta de crédito/débito, cheque/cuenta de ahorros: Los pagos únicos o recurrentes pueden realizarse a través de su cuenta myProvidence en myProvidence.com o a través del sitio web de Providence en providence.org/premiumpay
 - + Puede pagar por teléfono: El autoservicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-844-791-1468, TTY: 711.
- Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(El descuento del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB lo aprueba. Puede que reciba una factura durante los primeros meses antes de que la retención comience. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para obtener el descuento automático, le enviaremos una carta y facturas en papel para sus primas mensuales).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.

Certificado de elegibilidad para un período de inscripción

Habitualmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si aplica a usted.

Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted confirma que, según tiene entendido, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, se anulará su inscripción.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare. | <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado. |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados (hace poco obtuve el beneficio adicional, tuve un cambio en el nivel del beneficio adicional o perdí el beneficio adicional) el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Recientemente "abandoné" un programa de atención integral para los adultos mayores (PACE) (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre). | <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo un beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados, pero no tuve un cambio. |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante un período de inscripción especial (indique la inscripción especial usada) _____ | <input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o me fui de uno recientemente, (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro el (indique la fecha): ____ / ____ / ____
Me mudé/mudaré del centro el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) (del 1 de enero al 31 de marzo). | <input type="checkbox"/> Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Recientemente me liberaron del encarcelamiento. Me liberaron el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Recientemente volví a los EE. UU. después de vivir fuera de los EE. UU. de manera permanente. Volví a los EE. UU. el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | |

Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha): ____ / ____ / ____

Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Anularon mi inscripción en el Plan de necesidades especiales el (indique la fecha): ____ / ____ / ____

Fui perjudicado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o una entidad gubernamental local, estatal o federal).

Una de las otras afirmaciones que aparecen aquí se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Nombre de la catástrofe que lo afectó:

Período de elegibilidad no cumplido debido a la catástrofe: (por ejemplo: período de inscripción inicial, período de inscripción anual, período de inscripción abierta o período de inscripción especial).

Fui perjudicado por un cambio significativo en la red de mi plan actual y se me notificó el (indique la fecha): ____ / ____ / ____

Recientemente recibí una notificación de una determinación de derecho a Medicare para una fecha de entrada en vigencia retroactiva. (Adjunte una copia de su notificación de determinación). Recibí la notificación el (indique la fecha): ____ / ____ / ____

Si una de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-800-603-2340 o al 503-574-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).

Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades.

Si no encontró la selección que mejor describe su identidad racial o étnica en la Sección 2, haga una selección a partir de la siguiente lista. ¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

- Marshalesa
- Comunidades de la región de Micronesia
- Tongana

Blanca

- Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- Europea del Este
- Eslava
- Europea Occidental
- Otra blanca (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)

Otra

- Otra
- No lo sé
- No quiero responder

Indígena americana o nativa de Alaska

- Indígena americana
- Nativa de Alaska
- Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Negra o afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etiope
- Somalí
- Otra africana (negra)
- Afro-latina/birracial/otra
- Otra negra

Oriente medio o Norte de África

- De Oriente medio
- Del Norte de África

Asiática

- Camboyana
- Comunidades de Myanmar
- Hmong
- Laosiana
- Asiática del Sur

Si marcó más de una categoría, ¿hay alguna que considere que es su identidad racial o étnica principal?

- Sí** (especifique): _____
- No:** No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No:** Me identifico como birracial o multirracial.
- N/C:** Solo marqué una categoría de las anteriores.
- N/C:** No lo sé.
- N/C:** No quiero responder.

¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- Inglés
- Español
- Chino - Otro
- Mandarín
- Cantonés
- Vietnamita
- Ruso
- Alemán
- Francés
- Tagalog
- Japonés
- Coreano
- Árabe
- No contesta/ no sabe
- Otro

¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Chino simplificado
- Ruso
- Otro
- No contesta/ no sabe

Si no encontró la selección que mejor describe su identidad de género en la Sección 1, haga una selección a partir de la siguiente lista. ¿Cómo se identifica?

- Hombre transgénero
- Mujer transgénero
- No binario
- Otra
- No sé
- Se niega a responder

2023

Resumen de

Beneficios

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Este plan está disponible en el Condado de Orange, California.

Cuando se une a Providence

Forma parte de algo más grande que una póliza de seguros. Forma parte de una comunidad de atención centrada en su salud y bienestar. A fin de ayudarlo a tomar las decisiones de atención médica correctas, le proporcionamos este resumen de beneficios, una breve guía en la que se desglosa lo que cubriríamos y lo que a usted le correspondería pagar si se inscribe en el plan Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Para mayor claridad, este resumen de beneficios no es más que eso, un resumen. No se enumeran todos los servicios que cubrimos ni figuran todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Puede solicitar una copia impresa en el sitio web

ProvidenceHealthAssurance.com/EOC o llamando a nuestro departamento de Servicio al cliente a uno de los números incluidos en la sección “Póngase en contacto”, que figura a continuación.

Resumen del plan

Providence Health Assurance es una HMO, HMO-POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare y el Plan de salud de Oregón. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare, así como algunos beneficios adicionales detallados en este resumen.

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a nuestro plan, usted 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 incluye el condado de Orange, California.

Póngase en contacto

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

- + Si es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-603-2340 (TTY: 711).
- + Si no es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-457-6064 (TTY: 711).
- + También puede visitarnos por Internet, en **ProvidenceHealthAssurance.com**.

Recursos útiles

- + Visite **ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider** para ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de nuestro plan o para solicitar una copia impresa. También puede llamarnos para que le enviemos una copia impresa por correo.
- + ¿Desea ver el formulario de nuestro plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D), incluidas las restricciones? Visite **ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary** o llámenos para obtener una copia impresa.
- + Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted” vigente; véalo en Internet, en **www.Medicare.gov**, o solicite una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Prima Mensual Del Plan	\$0 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible Médico Anual	\$0 No hay deducible médico para los servicios dentro o fuera de la red.
Responsabilidad del Monto Máximo que Paga de su Bolsillo (no Incluye medicamentos con receta)	Su(s) límite(s) anual(es) para este plan: Dentro de la red: \$1,200

Beneficios		Dentro de la red
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados ¹		Copago de \$0
Cobertura hospitalaria para pacientes externos ¹		Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario
Servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹		Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un Centro Quirúrgico Ambulatorio
Consultas al Médico	Consulta con un Proveedor de Atención Primaria	Copago de \$0
	Consulta con un Especialista ²	Copago de \$0
Atención Preventiva		No paga nada
Atención de Emergencia		Copago de \$90 Si usted es ingresado al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de emergencia.
Servicios de Urgencia		Copago de \$0

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa.

² Es posible que los servicios requieran una remisión de su médico.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Beneficios		Dentro de la red
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes	Servicios Radiológicos de Diagnóstico (como Resonancias Magnéticas, Ecografías y Tomografías Computarizadas) ¹	Copago de \$0
	Servicios Radiológicos Terapéuticos	Copago de \$50
	Radiografías para Pacientes Externos	Copago de \$0
	Pruebas y Procedimientos de Diagnóstico ¹	Copago de \$0
	Servicios de Laboratorio	Copago de \$0
Servicios Auditivos	Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$0
	Examen de Rutina	Copago de \$0
	Audífonos	Copago de \$399 por audífonos Advanced o copago de \$699 por audífonos Premium
Servicios Odontológicos	Cubiertos por Medicare ²	Copago de \$0
	Otros/No Cubiertos por Medicare	Asignación de \$500 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección
Servicios de la Vista	Exámenes ² /Pruebas de Detección Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por examen Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma
	Examen de Rutina	Asignación de hasta \$75 por año calendario para un examen de la vista de rutina (incluida una refracción)
	Lentes y Accesorios Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas
	Anteojos o Lentes de Contacto de Rutina	Asignación de hasta \$100 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina
Servicios de Salud Mental	Consulta para Pacientes Internados ¹	Copago de \$0
	Consulta de Terapia Grupal o Individual para Pacientes Externos ¹	Copago de \$0

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa.

² Es posible que los servicios requieran una remisión de su médico.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Beneficios	Dentro de la red
Centro de Atención de Enfermería Especializada, (Skilled Nursing Facility, SNF) ¹	Copago de \$0 por día para los días 1-20 y copago de \$50 por día para los días 21-100
Fisioterapia ¹	Copago de \$0
Ambulancia ¹	Copago de \$250
Transporte	Copago de \$0 por 48 viajes en una sola dirección (máximo de 25 millas cada uno)
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	20% del costo total
Atención Alternativa (límite de beneficios combinados para servicios de quiropráctica, acupuntura y naturopatía)	Quiropráctica: copago de \$15 Especialista en acupuntura y naturopatía: copago de \$15 Máximo del plan \$500
Programa de Entrega de Comidas (sólo después del alta)	Copago de \$0 para 2 comidas al día durante 14 días, después de una hospitalización calificada
Artículos de Venta Libre	Asignación de \$110 cada tres meses (tarjeta de venta minorista, pedidos por catálogo, en línea, por correo y por teléfono)
Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (Personal Emergency Response System, PERS)	Copago de \$0
Programa de Bienestar	Copago de \$0 para una membresía mensual en gimnasios participantes
Peluca	20% del costo total por una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por la quimioterapia

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa.

² Es posible que los servicios requieran una remisión de su médico.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Deducible para Medicamentos con Receta	
Deducible anual (Se aplica a todos los niveles)	No hay deducible para medicamentos con receta para este plan.

Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660. Los costos totales anuales de los medicamentos son el total de los costos de los medicamentos pagados tanto por usted, como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias de pedido por correo.
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 90 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10
Nivel 3 (Marca Preferida)	Copago de \$47 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	Copago de \$94 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	Copago de \$141 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)
Nivel 4 (Medicamento No Preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (De Especialidad)	33% del costo total	No está cubierto	No está cubierto
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Las Insulinas Selectas son insulinas del formulario que están cubiertas en el Nivel 3 de nuestra Lista de medicamentos, y que se están usando para un diagnóstico cubierto en virtud de la Parte D. Tenga en cuenta que, si administra su insulina a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina tiene que estar cubierta por la Parte B y no será elegible para los copagos de la Parte D.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Costo Compartido Minorista Estándar			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 90 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$16	Copago de \$32	Copago de \$48
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Nivel 3 (Marca Preferida)	Copago de \$47 (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	Copago de \$94 (Copago de \$70 para Insulinas Selectas)	Copago de \$141 (Copago de \$105 para Insulinas Selectas)
Nivel 4 (Medicamento No Preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (De Especialidad)	33% del costo total	No está cubierto	No está cubierto
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Las Insulinas Selectas son insulinas del formulario que están cubiertas en el Nivel 3 de nuestra Lista de medicamentos, y que se están usando para un diagnóstico cubierto en virtud de la Parte D. Tenga en cuenta que, si administra su insulina a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina tiene que estar cubierta por la Parte B y no será elegible para los copagos de la Parte D.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero puede que pague más que en una farmacia dentro de la red. Puede obtener medicamentos de una farmacia estándar dentro de la red, pero puede que pague más que en una farmacia preferida dentro de la red.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

<p>Período Sin Cobertura (Se aplica a todos los niveles)</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período de falta de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual de sus medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance \$4,660.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga su costo compartido del Nivel 1 por los medicamentos del Nivel 1 (Genérico Preferido), \$0 por el Nivel 6 (Vacunas de la Parte D), no más de \$35 cada mes por Insulinas Selectas, el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por otros medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$7,400, que indica el final del período sin cobertura. No todas las personas entrarán en el período sin cobertura.</p>
------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo

	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 90 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)
Nivel 4 (Medicamento No Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 (De Especialidad)	25% del costo total	No está cubierto	No está cubierto
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Costo Compartido Minorista Estándar

Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$16	Copago de \$32	Copago de \$48
Nivel 2 (Genérico)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$70 para Insulinas Selectas)	25% del costo total (Copago de \$105 para Insulinas Selectas)
Nivel 4 (Medicamento No Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 (De Especialidad)	25% del costo total	No está cubierto	No está cubierto
Nivel 6 (Vacunas de la Parte D \$0)	Copago de \$0	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Las Insulinas Selectas son insulinas del formulario que están cubiertas en el Nivel 3 de nuestra Lista de Medicamentos, y que se están usando para un diagnóstico cubierto en virtud de la Parte D. Tenga en cuenta que, si administra su insulina a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina tiene que estar cubierta por la Parte B y no será elegible para los copagos de la Parte D.

Cobertura en Situaciones
Catastróficas
(Se aplica a todos los niveles)

Luego de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted pagará: el 5% del costo o un copago de \$4.15 por medicamento genérico (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), el que resulte mayor, y un copago de \$10.35 por todos los otros medicamentos.

El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Mensaje Importante Acerca de lo Que Usted Debe Pagar por las Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

Mensaje Importante Acerca de Lo Que Usted Debe Pagar por la Insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

Alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*) requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing* antes de cualquier reunión individual de ventas para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información brindada en este formulario es confidencial y cada persona con Medicare o su representante autorizado debe completar el formulario.

Escriba sus iniciales a continuación al lado de los tipos de productos sobre los que desea que el agente hable.

(Consulte la página 2 para obtener las descripciones de los tipos de productos)

- Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**
- Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo**
- Productos dentales/de la vista/de la audición**
- Productos de indemnización por hospitalización**
- Productos complementarios de Medicare (Medigap)**

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que le hablará de los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Es posible que esta persona reciba una remuneración en función de su inscripción en un plan. La firma de este formulario **NO** le obliga a inscribirse en un plan ni afecta su inscripción actual o futura en Medicare ni le inscribe automáticamente en los planes analizados.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba su nombre abajo:

Nombre del representante:

Relación con el beneficiario:

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método de contacto inicial: (Indicar aquí si el beneficiario no tenía cita previa).

Firma del agente:

Planes que el agente presentó durante esta reunión:

Fecha en que se llevó a cabo la cita:

Agente, si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el alcance de la cita (*Scope of Appointment, SOA*) antes de la reunión:

*La documentación del Alcance de la cita está sujeto a los requisitos de conservación de registros de los CMS.

Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)
Plan de medicamentos recetados (<i>Prescription Drug Plan, PDP</i>) de Medicare: Un plan de medicamentos independiente que agrega la cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos Planes de costo de Medicare, algunos Planes privados de tarifa por servicio de Medicare y Planes de cuenta de ahorros médicos de Medicare.
Planes Medicare Advantage (Parte C) y Planes de costo
Organización para el Mantenimiento de la Salud (<i>Health Maintenance Organization, HMO</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted puede obtener atención únicamente de médicos u hospitales que están dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).
Plan de Organización de Proveedores Preferidos (<i>Preferred Provider Organization, PPO</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, a veces, incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Las PPO tienen médicos y hospitales dentro de la red, pero usted puede usar los proveedores fuera de la red, generalmente a un costo más elevado.
Plan privado de tarifa por servicio (<i>Private Fee-For-Service, PFFS</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage en el que puede acudir a cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan y acceda a atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se une a un Plan PFFS que dispone de una red, puede consultar a cualquiera de los proveedores dentro de la red que han acordado atender siempre a los miembros del plan. Usted generalmente pagará más para consultar a proveedores fuera de la red.
Plan de Punto de servicio (<i>Point of Service, POS</i>) de Medicare: Un tipo de Plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina la mejor característica de una HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que en una HMO, los miembros deben designar a un médico dentro de la red como su proveedor de atención médica primaria. Puede acudir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.
Plan de necesidades especiales (<i>Special Needs Plan, SNP</i>) de Medicare: Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Ejemplos de los grupos específicos a los que se le brinda atención son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en hogares para el cuidado de personas mayores y que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.
Plan de cuenta de ahorros médicos (<i>Medical Savings Account, MSA</i>) de Medicare: Los Planes MSA combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que alcance su deducible.
Plan de costo de Medicare: En un Plan de costo de Medicare, usted puede acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si obtiene servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán en virtud de Original Medicare, pero usted será responsable del coseguro y de los deducibles de Medicare.
Plan Medicaid-Medicare (<i>Medicare Medicaid Plan, MMP</i>): Un MMP es un plan de salud privado diseñado para brindar beneficios integrados y coordinados de Medicare y Medicaid para los beneficiarios de Medicare con doble elegibilidad.
Productos dentales/de la vista/de la audición
Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.
Productos de indemnización por hospitalización
Planes que ofrecen beneficios adicionales, que deben pagar los consumidores en función del uso de los servicios médicos; a veces se utilizan para pagar los copagos/coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.
Productos complementarios de Medicare (Medigap)
Planes que ofrecen una póliza complementaria para cubrir las “brechas” de la cobertura de Original Medicare. Una póliza de Medigap suele pagar una parte o la totalidad de los montos de los deducibles y coseguros aplicables a los servicios cubiertos por Medicare, y, a veces, cubre artículos y servicios que no están cubiertos por Medicare, como la atención en el extranjero. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Providence Health Assurance es un plan HMO, HMO-POS y HMO SNP con un contrato de Medicare y del Plan de Salud de Oregon. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2023 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Providence Medicare Advantage Plans - H9047

En el 2023, Providence Medicare Advantage Plans - H9047 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆



Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico a 800-457-6064 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto). Miembros actuales favor de llamar 800-603-2340 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

We all deserve True Health

Call us for information, to enroll, or to make a personal appointment at

1-866-948-4985 (TTY: 711)

8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 – Dec. 7)

Monday – Friday (Dec. 8 – Sept. 30)

Enroll online at

ProvidenceTrueHealth.com/guidesOC

Other Providers are available in our network.

H9047_2023PHA20_C MDC-378C