

# **Resumen de beneficios de 2022**

Texas

**Ascension Complete Providence Reward (HMO)**

H6678 | 003

**Ascension Complete Providence Secure (HMO)**

H6678 | 004

**Sabemos lo importante que es tener un plan de salud con el que puede contar.**

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por Ascension Complete Providence Reward (HMO) y Ascension Complete Providence Secure (HMO) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y las responsabilidades de costos compartidos. No menciona cada servicio, limitación o exclusión. Una lista completa de los servicios se encuentra en la Evidencia de cobertura del plan. Puede encontrar las pruebas de cobertura en nuestro sitio web [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com). Puede llamarnos para solicitar una copia al número de teléfono que figura en la contraportada.

**¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en alguno de nuestros planes, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vive en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no se pagan de otra manera por Medicaid o por otro tercero.

**Nuestros planes y áreas de servicio:**

**H6678003000 Ascension Complete Providence Reward (HMO)** incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan.

**H6678004000 Ascension Complete Providence Secure (HMO)** incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You (Medicare y Usted). Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)** son planes de atención médica ofrecidos por un proveedor de seguros con una red de proveedores y centros de atención médica contratados. Por lo general, las HMO requieren que los miembros seleccionen un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención y si usted necesita un especialista, el PCP elegirá a uno que también esté en nuestra red.

Nuestros planes le dan acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente calificados en su área. Usted puede esperar a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para trabajar con usted y coordinar su atención. Usted puede solicitar un directorio actualizado de proveedores y farmacias o, para obtener una lista actualizada de proveedores de la red, visite [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com) (Tenga en cuenta que, excepto por atención de emergencia, atención de urgencia necesaria cuando se encuentra fuera de la red, servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si usted obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni nuestro plan serán responsables de los costos.)

Nuestros planes también incluyen cobertura de medicamentos con receta médica y acceso a nuestra gran red de farmacias. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una selección integral de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Ascension Complete Providence Reward (HMO) y Ascension Complete Providence Secure (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias, y Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y, para los planes con cobertura de medicamentos recetados, nuestro formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) en nuestro sitio web en [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com).

Para obtener más información, por favor llámenos al 1-866-277-6541 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Visítenos en [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com)

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braile, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Por favor llame a Servicios para miembros si necesita información del plan en algún otro formato.

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Área de servicio</b>	<b>Nuestros planes y áreas de servicio:</b> <b>H6678003000 Ascension Complete Providence Reward (HMO)</b> incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan. <b>H6678004000 Ascension Complete Providence Secure (HMO)</b> incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan.	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0
<b>Reducción de primas de la Parte B</b>	Este plan ofrece una devolución de \$100 cada mes en su cheque del seguro social.	No está disponible
<b>Deducible</b>	No deducible	No deducible
<b>Responsabilidad máxima de desembolso directo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$2,900 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.	\$2,900 anualmente Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de la Parte A y B para el año.
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 91 y más</li> </ul> *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 91 y más</li> </ul> *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$350 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *	\$250 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$350 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *	\$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$250 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b>	\$250 de copago *	\$200 de copago *
<b>Consultas al médico</b> Médicos de atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialistas	\$50 de copago	\$30 de copago
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., consulta de bienestar anual, medición de la masa ósea, detección de cáncer de mama (mamografía), pruebas de detección cardiovascular, detección de cáncer cervical y vaginal, pruebas de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, detección de virus de la hepatitis B, pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, las vacunas antineumocócicas)	\$0 de copago	\$0 de copago

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa. Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Atención de emergencia</b>	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$120 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura para todo el mundo para cuidado realizado fuera de la sala de emergencias o admisión hospitalaria de emergencia. El copago no es eximido se es admitido al hospital por servicios de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios necesarios de urgencia</b>	\$45 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$30 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.
Cobertura para urgencias en todo el mundo	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.	\$120 de copago Emergencias y servicios de urgencia en todo el mundo están sujetos a un máximo de cobertura de Cobertura máxima del plan de \$50,000. El copago no se exonera si es admitido en el hospital para servicios de emergencia en todo el mundo.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa. Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Servicios de diagnóstico/Laboratorios/imágenes</b>	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0	Pruebas de COVID-19 y servicios de pruebas específicas relacionadas en cualquier locación son \$0
Servicios de laboratorio	\$35 de copago *	\$0 de copago *
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	\$0 de copago por cada Prueba de espirometría cubierta por Medicare para miembros con diagnóstico de COPD. Copago de \$0 para la extirpación de tejido anormal y / o pólipos durante una colonoscopia realizada como prueba de detección preventiva de cáncer colorrectal. \$100 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *	\$0 de copago *
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$40 de copago *	\$0 de copago *
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$350 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *	\$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía Copago de \$250 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *
Radiología terapéutica	20% de coseguro *	20% de coseguro *
<b>Servicios de audición</b>		
Examen auditivo cubierto por Medicare	\$50 de copago *	\$30 de copago *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa. Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
Examen de audición de rutina	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago *  1 examen al año
Audífonos		
Ajuste/evaluación de audífonos	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago *  1 ajuste (s)/evaluación (es) cada año
Asignación para audífonos		Hasta una asignación de \$1,500 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.
Todos los tipos	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago *  Limitado a 2 audífonos cada año
Información adicional sobre la audición	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.	<b>Lo que debe saber</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordena estos exámenes para ver si necesita tratamiento médico.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa. Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*



**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Servicios dentales</b>		
Servicios preventivos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	Limpiezas 2 cada año	Limpiezas 2 cada año
	Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses	Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses
	Exámenes bucales 2 al año	Exámenes bucales 2 al año
Tratamiento con flúor	\$0 de copago *	\$0 de copago *
	1 cada año	1 cada año
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	\$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	\$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	\$0 de copago *	30% de coseguro *
	1 servicio (s) de diagnóstico cada año	1 servicio (s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	<u>No</u> cubierto	30% de coseguro *
		1 servicio (s) de restauración cada 12 a 84 meses.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	<u>No</u> cubierto	30% de coseguro *  1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente
Servicios que no son de rutina	\$0 de copago *  1 servicio (s) no rutinario cada día a 24 meses	30% de coseguro *  1 servicio (s) no rutinario cada día a 60 meses
Prótesis, otras cirugías orales y maxilofaciales, Otros servicios	<u>No</u> cubierto	30% de coseguro *  1 procedimiento de la prótesis cada 12 a 84 meses 1 procedimiento oral maxilofacial cada 12 a 60 meses o de por vida 1 otro servicio para códigos que no son implantes cada 6 a 60 meses, implantes una vez por vida, coronas de implantes una vez cada 84 meses
Información Dental Adicional	<b>Lo que usted debe saber:</b> Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$500.	

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Servicios de la vista</b> Examen de la Vista cubierto por Medicare	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$50 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *	Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$30 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago *  1 examen al año
Detección de glaucoma	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Anteojos cubiertos por Medicare	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Anteojos de rutina  Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos) / marcos para anteojos  Asignación para anteojos	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago Contactos ilimitados cada año  Anteojos ilimitados (lentes y/o marcos) cada año *  Hasta un total de \$300 asignación cada año

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Servicios de salud mental</b>		
Consulta como paciente hospitalizado	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$465 de copago por día para los días 1 a 5</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 6 a 90</li> </ul> *	Para cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por día para los días 1 a 6</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 7 a 90</li> </ul> *
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$40 de copago	\$40 de copago
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$40 de copago	\$40 de copago
<b>Centro de enfermería especializada (enfermería)</b>	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$188 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> *	Para cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, para los días 1 a 20</li> <li>• \$188 de copago por día, para los días 21 a 100</li> </ul> *
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>		
Fisioterapia	\$40 de copago *	\$35 de copago *
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	\$40 de copago *	\$35 de copago *
Servicios de rehabilitación pulmonar	\$10 de copago	\$10 de copago

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre	\$350 de copago *	\$235 de copago *
Ambulancia aérea	\$350 de copago *	\$235 de copago *
<b>Servicios de transporte</b>	Hasta 12 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. \$0 de copago (por viaje de ida) *  <b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje	Viajes ilimitados para traslado de rutina ubicaciones relacionadas con la salud. \$0 de copago (por viaje de ida) *  <b>Lo que usted debe saber:</b> El primer paso para mantenerse saludable es ir con su médico. Es por eso que cubrimos estos viajes compartidos a proveedores de atención médica aprobados por el plan. Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesite. Llame al servicio al cliente con 72 horas de anticipación para reservar un transporte para su cita. Pueden aplicar límites de kilometraje
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos quimioterapéuticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro *	20% de coseguro *

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa. Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b>	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>		
<b>Etapas 1: Deducible anual de medicamento recetado</b>				
<b>Deducible</b>	\$480 por el Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas), el Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) y el Nivel 5 (Nivel de especialidades) medicamentos recetados de la Parte D. Para todos los demás medicamentos cubiertos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.		
<b>Etapas 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>				
Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales por medicamentos hayan llegado a \$4,430. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como nuestro plan. Una vez que alcance este monto, pasará al Periodo sin cobertura.				
<b>Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)</b>				
	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>	<b>Preferido</b>	<b>Estándar</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$5 / \$15 de copago	\$15 / \$45 de copago	\$1/\$3 de copago	\$6 / \$18 de copago

## Su resumen de beneficios

Nivel 3 (Medicamentos de marcas Preferidas -incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago
---	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003		Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos).	\$90 / \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago	\$90 / \$270 de copago	\$100/ \$300 de copago
<b>Nivel 5</b> (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).	25% de coseguro/ No disponible	25% de coseguro/ No disponible	33% de coseguro/ No disponible	33% de coseguro/ No disponible
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago



Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003		Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004	
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)</b>				
<b>Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)</b>				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos Genéricos Preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca.)	\$5 / \$0 de copago	\$15 / \$45 de copago	\$1 / \$0 de copago	\$6 / \$18 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marcas Preferidas - incluye medicamentos de marcas preferidas y podría incluir algunos medicamentos genéricos)	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos No Preferidos - incluye medicamentos de marcas no preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.	\$90/\$180 de copago	\$100/ \$300 de copago	\$90/\$180 de copago	\$100/ \$300 de copago

## Su resumen de beneficios

<p><b>Nivel 5</b>  (Nivel de especialidades - incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo elevado. Los medicamentos en este nivel no son elegibles para las excepciones de pago en un nivel inferior).</p>	25% de coseguro /No disponible	25% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible
--	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003		Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 6 (Medicamentos de Atención Selecta: incluyen algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapa 3: Periodo sin cobertura</b>				
	<p>Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p>		<p>Después de que su costo total de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$4,430, usted no va a pagar más de 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el periodo sin cobertura.</p> <p>Durante esta etapa, para el nivel 1, el nivel 2 y para determinados medicamentos del nivel 6, usted paga su copago o coseguro.</p> <p>Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.</p>	

Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas		
	<p>Por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	<p>Por medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo), hayan llegado a \$7,050; usted pagará el monto mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o</li> <li>• Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 por todos los demás medicamentos.</li> </ul>

Los costos compartidos pueden variar según el punto de servicio (pedidos por correo, al menudeo, en un centro de atención a largo plazo [Long Term Care, LTC]), infusión en el hogar, ya sea que la farmacia esté en nuestra red preferida o estándar o si la receta es suministro para un plazo corto (suministro para 30 días) o para un plazo largo (suministro para 90 días).

**Medicamentos excluidos:**

Este plan incluye la cobertura mejorada de medicamentos de ciertos medicamentos excluidos. Los medicamentos genéricos sólo Sildenafil y Vardenafil en el nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis pastillas cada 30 días.

Debido a que estos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D bajo Medicare, no están cubiertos por Ayuda adicional. Además, el monto que usted paga cuando surte una receta médica para estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la cobertura en situaciones catastróficas.

Consulte el Formulario y la Evidencia de cobertura para conocer los detalles de la cobertura de este medicamento.

## Beneficios adicionales

	Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003	Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004
<b>Atención quiropráctica</b> Cubiertos por Medicare	\$20 de copago *	\$20 de copago *
<b>Acupuntura</b> Cubiertos por Medicare	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$50 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. *	\$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$30 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. *
<b>Servicios de Podología (cuidado de los pies)</b> Cubierto por Medicare	\$50 de copago	\$30 de copago
Servicios de podología de rutina	\$50 de copago  Consultas ilimitadas cada año  <b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	\$30 de copago  Consultas ilimitadas cada año  <b>Lo que debe saber:</b> Los exámenes y tratamientos de los pies están disponibles si usted tiene daño a los nervios relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso de consulta virtual a médicos certificados por la Junta, a través de Teladoc, para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Una consulta virtual es una consulta con un médico clínico a través de Internet utilizando un teléfono inteligente o una cámara web de una computadora. Para obtener más información o para programar una cita, visite <a href="http://ascensiononlinecare.org">ascensiononlinecare.org</a> o descargue la aplicación de atención en línea de ascensión disponible en la App Store o en la tienda de Google Play.</p> <p><b>Atención espiritual</b> El plan de salud ofrece 24 horas al día, consultas virtuales de 365 días al año y acceso a capellanes entrenados profesionalmente a través del programa de atención espiritual de ascensión bajo demanda. Utilizando la plataforma de atención en línea de ascensión, los miembros que están experimentando problemas espirituales y emocionales pueden conectarse con un capellán para ayudar a abordar sus necesidades y encontrar luz en tiempos difíciles.</p>	
<b>Atención de agencia de salud en el hogar</b>	\$0 de copago *	\$0 de copago *
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al tratamiento	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Lo que usted debe saber:</b> No paga nada por las comidas posteriores a la hospitalización para ayudar a la recuperación, con un máximo de 3 comidas al día durante un máximo de 14 días.</li> </ul>

<b>Equipo/suministros médicos</b> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	20% de coseguro *	20% de coseguro *
--	----------------------	----------------------

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
Prótesis	20% de coseguro *	20% de coseguro *
Suministros para diabéticos	\$0 de copago *	\$0 de copago *
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	20% de coseguro *	20% de coseguro *
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b>	\$50 de copago	\$30 de copago
<b>Artículos de venta libre</b> (Over-the-Counter, OTC)	\$0 de copago La prestación total máxima es \$50 cada tres meses  <b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.	\$0 de copago La prestación total máxima es \$70 cada tres meses  <b>Lo que debe saber:</b> Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.
<b>Programas de bienestar</b>  Acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.  \$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de cobertura.  \$0 de copago La cobertura incluye: Actividad Rastreador y acondicionamiento físico

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*



## Beneficios adicionales

	Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003	Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004
	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>	<p><b>Lo que usted debe saber:</b></p> <p>Este beneficio cubre una membresía anual en un club de salud participante o en un centro de acondicionamiento físico. Para los miembros que no viven cerca de un centro de acondicionamiento físico participante y/o prefieren hacer ejercicio en casa, los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles para ser enviados a ellos sin costo. Se puede seleccionar un Fitbit o un rastreador de Garmin fitness como parte de un kit de acondicionamiento físico en el hogar.</p>
Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y tabaco	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>
Adicional de rutina física anual	<p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Los programas de bienestar son una buena forma de mantener la salud. Ya sea que se trate de un chequeo adicional durante el año o simplemente tenga una simple pregunta de salud, estamos aquí como su socio en salud.</p>
Línea de atención clínica	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivo de respuesta médica de emergencia	<u>No</u> cubierto	\$0 de copago

personal (PERS)		
<b>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI)</b>	Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago	Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (▪) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
Para calificar para estos beneficios, usted debe cumplir con criterios específicos, que incluyen tener una condición crónica calificante y se determina que es elegible para la administración de la atención de alto riesgo. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la Evidencia de cobertura.	<p>El plan cubre hasta \$50 por mes para usar en artículos de supermercado aprobados por el plan. Aplican limitaciones.</p> <p>Atención espiritual: \$0 copago Tarjeta Utility Flex: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>	<p>El plan cubre hasta \$100 por mes para usar en artículos de supermercado aprobados por el plan. Aplican limitaciones.</p> <p>Ayudante de Bee Care Concierge: Usted paga \$0 de copago Proporciona una asignación mensual de 100 créditos por servicios aprobados por el plan. Aplican limitaciones.</p> <p>Tarjeta de utilidad flexible: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$125 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones. Se puede requerir una remisión *</p>
<b>Tarjeta Flex Card</b>	<u>No</u> cubierto	<p>Beneficio anual de \$1,000</p> <p><b>Lo que usted debe saber:</b> El beneficio de la Tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos que paga de su bolsillo en un proveedor dental, de la vista o de la audición que acepte el portador de la tarjeta.</p>

*Los servicios con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.  
Servicios con un cuadrado (■) significa que es posible que se requiera una remisión.*

## Beneficios complementarios opcionales

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
<b>Prima mensual</b>	\$22 Premium La prima mensual es adicional a la prima mensual de la Parte B de Medicare	No está disponible
<b>Medicamentos recetados</b>	<p><b>Centene Silver 1500 40%, Visión 200 incluye: Servicios dentales</b></p> <p>Existe un máximo de \$1,500 dólares de prestación combinada para servicios dentales preventivos y completos cada año natural. Servicios dentales preventivos: incluye 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con flúor y 1 conjunto de radiografías dentales. Usted paga un copago de \$0 por consulta. No se requieren servicios odontológicos integrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina Paga el 40% del del costo.</li> <li>• Servicios de diagnóstico – Usted paga 40% del costo total.</li> <li>• Servicio de restauración – Usted paga 40% del costo total.</li> <li>• Endodoncia - Usted paga 40% del costo total.</li> <li>• Periodoncia - Usted paga 40% del costo total.</li> <li>• Extracciones - Usted paga 40% del costo total.</li> <li>• Prótesis, incluyendo</li> </ul>	

**Beneficios complementarios opcionales**

	<b>Ascension Complete Providence Reward (HMO) H6678, Plan 003</b>	<b>Ascension Complete Providence Secure (HMO) H6678, Plan 004</b>
	<p>dentaduras postizas, otra cirugía oral/maxilofacial y otros servicios: usted paga 40% del costo total.</p> <p><b>Servicios oftalmológicos de rutina</b> Usted paga un copago de \$0 por cada examen oftalmológico de rutina. Usted paga un copago de \$0 por anteojos de visión de rutina. Existe un beneficio máximo del plan de \$200 por año calendario.</p>	
<i>Puede requerirse autorización previa.</i>		

**ATENCIÓN:** Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totoġi. Vala’au le Member Services numerā lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

# Estamos a sólo una llamada de distancia

## ALABAMA

- + HMO, PPO  
📞 1-833-623-0771
- + HMO D-SNP  
📞 1-833-542-1677

## FLORIDA

- + HMO, HMO-POS  
📞 1-833-603-2971
- + HMO D-SNP  
📞 1-833-542-1676

## ILLINOIS

- + HMO  
📞 1-833-293-5966

## INDIANA

- + HMO, PPO  
📞 1-833-525-0824
- + HMO D-SNP  
📞 1-833-542-1679

## KANSAS

- + HMO, PPO  
📞 1-833-816-6623

## MICHIGAN

- + HMO, PPO  
📞 1-833-431-1356
- + HMO D-SNP  
📞 1-833-542-1678

## TENNESSEE

- + HMO, PPO  
📞 1-833-906-2876

## TEXAS

- + HMO, PPO  
📞 1-833-705-1358

TTY PARA TODO LO ANTERIOR: 711

## HORAS DE ATENCIÓN

📅 Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

📅 Del 1 de abril a 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

📅 🖥️ O visite [AscensionComplete.com](https://www.ascensioncomplete.com)

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar la decisión concerniente a la inscripción, es importante que usted comprenda plenamente cuáles son sus beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-888-293-5151 (Dispositivo de telecomunicaciones para sordos, TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

## Comprender sus beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente en el caso de esos servicios para los cuales usted ve a un médico de manera rutinaria. consulta [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com) o llame al 1-866-277-6541 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para cualquier medicamento recetado se encuentre en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

## Comprender las normas importantes

- **Para los planes con prima del plan (No se aplica a los planes con prima cero del plan):** Además de la prima mensual del plan, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- **Sólo para los planes HMO:** Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- **Sólo para los planes PPO y PFFS:** Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- **Sólo para planes C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la comprobación de que padece una enfermedad crónica específica, grave o incapacitante.
- **Sólo para planes D-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.



## **Comuníquese con nosotros**

**Para obtener más información, comuníquese con nosotros:**

### **Por teléfono**

Sin costo al 1-866-277-6541 (TTY 711). Su llamada podría ser contestada por un representante con licencia.

### **Horario de atención**

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponible de lunes a viernes de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m.

**O visite** [AscensionComplete.com](http://AscensionComplete.com)

**Estamos con nuestros miembros a cada paso del camino.**

Ascensión completa está contratada con Medicare para los planes HMO y PPO. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

**Medicare**<sub>Rx</sub>  
Prescription Drug Coverage