

Resumen de beneficios de 2022

Texas

Ascension Complete Providence Access Plus (PPO)

H9357 | 003

Ascension Complete Providence Access (PPO)

H9357 | 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 de salud cubiertos por Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) y Ascension Complete Providence Access (PPO) desde el 1 de enero de 2022 al 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 (EOC). Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en 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:

H9357003000 Ascension complete Providence Access Plus (PPO) incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan.

H9357004000 Ascension Complete Providence Access (PPO) 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 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 proveedores preferidos (PPO) Disfrutará de la libertad y flexibilidad para acceder a su atención médica donde la desee y cuando la desee. Usted puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el país que acepte verlo como miembro de Medicare, pero por lo general pagará menos cuando utilice proveedores contratados en nuestra red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague por los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede llenar un formulario de reclamo y enviarlo a nuestra cuenta con una copia de la factura y cualquier documentación que tenga sobre los pagos que haya realizado.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a los afiliados del plan Ascension Complete Providence Access Plus (PPO), Ascension Complete Providence Access (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicios al miembro o consulte su evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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 Access Plus (PPO) y Ascension Complete Providence Access (PPO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero utilizando nuestra farmacia preferida de pedidos por correo y utilizando proveedores de la red del plan. Con algunos planes, si usa proveedores que no están en nuestra red, su parte de los costos de los servicios cubiertos pueden ser más altos.

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.

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

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas diferentes al español, en audio, braille, 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

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Área de servicio	<p>Nuestros planes y áreas de servicio: H9357003000 Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan. H9357004000 Ascension Complete Providence Access (PPO) incluye estos condados en Texas: Bell y McLennan.</p>	
Los planes PPO no requieren una autorización previa o remisión para servicios fuera de la red.		
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$0
Deducible	No deducible	No deducible
Responsabilidad máxima de desembolso directo (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$3,450 dentro de la red anualmente</p> <p>\$5,150 combinados dentro y fuera de la red anualmente</p> <p>Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.</p>	<p>\$2,900 dentro de la red anualmente</p> <p>\$2,900 combinados dentro y fuera de la red anualmente</p> <p>Esto es lo máximo que usted pagará en copagos y coaseguro por los servicios de las Partes A y B para el año.</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 a 6 • \$0 de copago por día para los días 7 a 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y más <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 al 6 • \$0 de copago por día para los días 7 y en adelante 	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$575 de copago por día para los días 1 al 4 • \$0 de copago por día para los días 5 al 90 • \$0 de copago por día para los días 91 y en adelante <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$575 de copago por día para los días 1 al 4 • \$0 de copago por día para los días 5 y en adelante
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$325 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p>Fuera de la red \$325 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$325 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio. *</p> <p>Fuera de la red \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. \$325 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de un centro ambulatorio.</p>	<p>Dentro de la red \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. 20% de coaseguro por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa en el estado de observación a través de un centro para pacientes ambulatorios. *</p> <p>Fuera de la red \$120 de copago por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencia. 20% de coaseguro por servicios de observación para pacientes ambulatorios cuando ingresa en el estado de observación a través de un centro para pacientes ambulatorios.</p>
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	<p>Dentro de la red \$250 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$250 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Consultas al médico Médicos de atención primaria	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Especialistas	Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red \$40 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red 20% de coseguro
Atención preventiva (p. ej., consulta de bienestar anual, masa ósea medición, cáncer de mama pruebas de detección (mamografía), Exámenes cardiovasculares, cervicales y detección de cáncer de vagina, Exámenes de detección de cáncer colorrectal, Pruebas de detección de diabetes, hepatitis B Detección de virus, cáncer de próstata pruebas de detección (PSA), vacunas (incluye vacunas contra la gripe, hepatitis B vacunas, vacunas antineumocócicas))	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Atención de emergencia	\$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.

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
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.
Servicios necesarios de urgencia	\$40 de copago No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas.	\$40 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

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes	Prueba de COVID-19 y relacionados con las pruebas especificadas los servicios en cualquier ubicación son de \$0.	Prueba de COVID-19 y relacionados con las pruebas especificadas los servicios en cualquier ubicación son de \$0.
Servicios de laboratorio	Dentro de la red \$0 de copago *	Dentro de la red 20% de coseguro *
	Fuera de la red \$0 de copago	Fuera de la red 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

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Pruebas de diagnóstico y procedimientos	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$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. *</p> <p>Fuera de la red \$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.</p>
Radiografías para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computarizada)	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía. Copago de \$325 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía. Copago de \$325 por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía. Copago de 20% por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por un examen de DEXA. Copago de \$0 por un diagnóstico de mamografía. Copago de 20% por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.</p>
Radiología terapéutica	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Servicios de audición Examen auditivo cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red \$40 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Examen de audición de rutina	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>
<p>Audífonos</p> <p>Ajuste/evaluación de audífonos</p> <p>Subsidio para audífonos</p> <p>Todos los tipos</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste (s) / evaluación (es) cada año</p> <p>Hasta una asignación de \$1,000 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífono (s) cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste (s) / evaluación (es) cada año</p> <p>Hasta una asignación de \$700 para ambos oídos combinados cada año para audífonos.</p> <p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>Limitado a 2 audífono (s) cada año</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Información adicional sobre la audición	Lo que debe saber 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.	Lo que debe saber 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.
Servicios dentales Servicios preventivos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 70% de coseguro Limpiezas 2 cada año Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 70% de coseguro Limpiezas 2 cada año Radiografías dentales 1 cada 12 a 36 meses Exámenes bucales 2 al año
Tratamiento con flúor	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 70% de coseguro 1 cada año	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red 70% de coseguro 1 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

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Servicios comprensivos Cubierto por Medicare	Dentro de la red \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *	Dentro de la red Coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare. *
Servicios de diagnóstico	Fuera de la red \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red 40% de coseguro * Fuera de la red 70% de coseguro 1 servicio (s) de diagnóstico cada año	Fuera de la red Coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare. Dentro de la red 40% de coseguro * Fuera de la red 70% de coseguro 1 servicio (s) de diagnóstico cada año
Servicios de restauración	Dentro de la red 40% de coseguro * Fuera de la red 70% de coseguro 1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses.	Dentro de la red 40% de coseguro * Fuera de la red 70% 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

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Endodoncia/periodoncia/ extracciones	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio (s) de Endodoncia por diente 1 servicios de Periodoncia cada 6 a 36 meses 1 extracción (es) por diente</p>
Servicios que no son de rutina	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) no rutinario(s) cada día a 60 meses</p>	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) no rutinario(s) cada día a 60 meses</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Prótesis, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>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</p>	<p>Dentro de la red 40% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 70% de coseguro</p> <p>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</p>
Información Dental Adicional	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$3,000.</p>	<p>Lo que usted debe saber: Este plan incluye la cobertura de servicios preventivos e integrales hasta \$5,000.</p>
<p>Servicios de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 20% de coseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago (detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) 20% de coseguro (todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Examen de la vista de rutinario (refracción)	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p> <p>1 examen al año</p>
Detección de glaucoma	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Anteojos cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Anteojos de rutina Lentes de contacto/anteojos (lentes y marcos)/marcos de anteojos	<p>Dentro de la red \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago Contactos ilimitados cada año Anteojos ilimitados (lentes y / o marcos) cada año *</p> <p>Fuera de la red 40% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Asignación para anteojos	Hasta \$200 de asignación combinado cada año.	Hasta una asignación combinada de \$200 cada año.
Servicios de salud mental		
Consulta como paciente hospitalizado	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 a 6 • \$0 de copago por día para los días 7 a 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1 al 6 • \$0 de copago por día para los días 7 al 90 	<p>Dentro de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$575 de copago por día para los días 1 al 4 • \$0 de copago por día para los días 5 al 90 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$575 de copago por día para los días 1 al 4 • \$0 de copago por día para los días 5 al 90
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (enfermería)	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 al 20 • \$188 de copago por día, para los días 21 a 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 al 20 • \$188 de copago por día, para los días 21 al 100 	<p>Dentro de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 al 20 • \$188 de copago por día, para los días 21 al 100 <p>*</p> <p>Fuera de la red Para cada período de beneficios, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, para los días 1 al 20 • \$188 de copago por día, para los días 21 al 100
Servicios de terapia y rehabilitación Fisioterapia	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>*</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Servicios de rehabilitación pulmonar	Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red \$10 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red 20% de coseguro
Ambulancia Ambulancia terrestre	Dentro de la red \$275 de copago * Fuera de la red \$275 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Ambulancia aérea	Dentro de la red \$275 de copago * Fuera de la red \$275 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Servicios de transporte	Hasta 12 viajes de ida cada año según el plan aprobado ubicaciones relacionadas con la salud. Pueden aplicar límites de kilometraje. Dentro de la red \$0 de copago (por viaje de ida) *	Dentro de la red <u>No</u> cubierto

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

Beneficios

	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
	<p>Fuera de la red 75% de coseguro</p> <p>Lo que usted debe saber: 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.</p>	<p>Fuera de la red <u>No</u> cubierto</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Medicamentos quimioterapéuticos</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
<p>Otros medicamentos de la Parte B</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003		Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004	
Etapa 1: Deducible anual para medicamentos con receta				
Deducible	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.		Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos, esta etapa de pago no aplica.	
Etapa 2: Cobertura Inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)				
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.				
Costo compartido minorista (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (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
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago
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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003		Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004	
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 4 (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
Nivel 5 (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).	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible	33% de coseguro /No disponible
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

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003		Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004	
Etapa 2: Cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde) (continuación)				
Costo compartido para pedidos por correo (suministro para 30 días/90 días)				
	Preferido	Estándar	Preferido	Estándar
Nivel 1 (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
Nivel 2 (Medicamentos Genéricos - incluye medicamentos genéricos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	\$5 / \$0 copago	\$10 / \$30 de copago	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago
Nivel 3 (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
Nivel 4 (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
Nivel 5 (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).	33% de coseguro /No disponible	33% 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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003		Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, 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
Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura				
	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.		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.	
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas				
	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: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • 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. 		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: <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro, o • 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. 	

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 un 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 etapa de 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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Atención quiropráctica Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$20 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$20 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Acupuntura Cubiertos por Medicare	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$40 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. *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. \$40 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.</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. Coseguro del 20% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la consulta de un especialista. Coseguro del 20% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico. *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en un consultorio de PCP. Coseguro del 20% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en la consulta de un especialista. Coseguro del 20% para Acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un quiropráctico.</p>

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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Servicios de Podología (cuidado de los pies) Cubierto por Medicare	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Servicios de podología de rutina	<p>Dentro de la red \$40 de copago</p> <p>Fuera de la red \$40 de copago</p> <p>Consultas ilimitadas cada año</p> <p>Lo que debe saber: 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.</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p> <p>Consultas ilimitadas cada año</p> <p>Lo que debe saber: 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.</p>
Consultas virtuales	<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 ascensiononlinecare.org o descargue la aplicación de atención en línea de ascensión disponible en la App Store o en la tienda de Google Play.</p> <p>Atención espiritual 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>	

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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Atención de agencia de salud en el hogar	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago *</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p>
Comidas Comidas después de una estancia en cuidados post-agudos	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>▪</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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.</p>	<p>Copago de \$0 por cada comida después de una estancia en cuidados post-agudos</p> <p>▪</p> <p>Lo que usted debe saber:</p> <p>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.</p>
Equipo/suministros médicos Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>
Prótesis	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro *</p> <p>Fuera de la red 20% de coseguro</p>

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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Suministros para diabéticos	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago * Fuera de la red \$0 de copago
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro	Dentro de la red 20% de coseguro * Fuera de la red 20% de coseguro
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Dentro de la red \$40 de copago Fuera de la red \$40 de copago	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red 20% de coseguro
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC)	\$0 de copago La prestación total máxima es \$75 cada tres meses Lo que debe saber: 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 \$45 dólares cada tres meses Lo que debe saber: Los afiliados pueden adquirir los artículos elegibles en los establecimientos participantes o a través del catálogo del plan para su entrega en el domicilio.
Programas de bienestar	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.	Para obtener una lista detallada de los beneficios del programa de bienestar que se ofrecen, consulte la evidencia de cobertura.

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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Acondicionamiento físico	<p>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: 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>\$0 de copago La cobertura incluye: Tracker de actividad y acondicionamiento físico</p> <p>Lo que usted debe saber: 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 tabaquismo y cesación del tabaco asesoramiento	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago</p> <p>Limitado a 5 consultas cada año</p>

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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Adicional de rutina física anual	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago Lo que debe saber: 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>Dentro de la red \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red \$0 de copago Lo que debe saber: 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
<p>Beneficios especiales suplementarios para enfermedades crónicas (SSBCI) Para calificar para estos beneficios usted debe alcanzar criterios específicos, incluyendo tener una afección crónica y se determina que sea 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>	<p>Atención espiritual: \$0 se puede requerir una remisión de copago *</p>	<p>Entrega de comestibles: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para usar en la aprobación del plan artículos para abarrotes. Se aplican aplica.</p> <p>Atención espiritual: \$0 copago Utility Flex Card: Usted paga \$0 de copago El plan cubre hasta \$50 por mes para ayudar a cubrir el costo de servicios públicos para su hogar. Aplican limitaciones.</p> <p>Se puede requerir una remisión *</p>

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 Access Plus (PPO) H9357, Plan 003	Ascension Complete Providence Access (PPO) H9357, Plan 004
Tarjeta Flex Card	<u>No</u> cubierto	\$1,000 beneficio anual Lo que usted debe saber: El beneficio de la tarjeta Flex Card es una tarjeta de débito que se puede utilizar para reducir los costos de bolsillo en un proveedor de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos que acepte el portador de la tarjeta.

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

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 (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 disponible 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 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.
- **Solo 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 verificación de que tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califique.
- **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 tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de 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

Estamos con nuestros miembros a cada paso del camino.

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

Medicare_{Rx}
Prescription Drug Coverage