

Ascension **Complete**

**2023**  
**Resumen de beneficios**

Texas

**Ascension Complete Providence Access Plus (PPO)**

H9357 | 003

## **Sabemos cuán importante es tener un plan de salud en el que pueda confiar.**

Este es un resumen de los medicamentos y de los servicios de salud de Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Este folleto le proporcionará un resumen de lo que cubrimos y de las responsabilidades de costo compartido. No enumera cada servicio, limitación o exclusión. Se puede encontrar una lista completa de servicios en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan. Puede encontrar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com). Para solicitar una copia, llame a 1-866-281-2878 (TTY 711): Atendemos de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

## **¿Quién se puede inscribir?**

Para inscribirse en uno de nuestros planes, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Los miembros deben continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si es que no está pagada por Medicaid o por un tercero. Para ser elegible, el beneficiario también debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas en: Bell, Coryell, Hill, Lampasas, y McLennan.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "**Medicare & You**" (Medicare y Usted). Revíselo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO)** Disfrutará de la libertad y la flexibilidad para acceder a su atención médica donde y cuando quiera. Puede buscar atención de cualquier proveedor de Medicare en el país que acepte verlo como miembro de Medicare, pero generalmente pagará menos cuando use proveedores contratados en nuestra red. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no facturar a nuestro plan y pueden pedirle que pague los servicios por adelantado. Si esto sucede, puede completar un formulario de reclamaciones y enviárnoslo 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 con los miembros del plan Ascension Complete Providence Access Plus (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para los miembros o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Nuestros planes también incluyen cobertura por medicamentos con receta y acceso a nuestra amplia red de farmacias. Algunas de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos. Es posible que pague menos si usa estas farmacias. Nuestros planes usan un formulario. Nuestros planes de medicamentos están diseñados específicamente para los beneficiarios de Medicare e incluyen una amplia selección de medicamentos genéricos y de marca asequibles.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar? Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Puede ahorrar dinero si usa nuestra farmacia de pedido por correo preferida y si usa 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 puede ser mayor.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y, para los planes con cobertura de medicamentos con receta, nuestro Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web en [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com).

Para obtener más información, llámenos al 1-866-281-2878. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). El horario de atención es lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias). Visítenos en [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com).

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) Llame a Servicios para los miembros si necesita la información del plan en otro formato.

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<b>Área de servicio</b>	Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas en: Bell, Coryell, Hill, Lampasas, y McLennan.
<b>Los planes PPO no requieren una autorización previa o una remisión para servicios fuera de la red.</b>	
<b>Prima mensual del plan</b> (incluye ambos, atención médica y medicamentos)	\$0 Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare .
<b>Deducible</b>	No hay deducible
<b>Responsabilidad máxima de lo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$3,450 por año dentro de la red \$5,450 combinado dentro y fuera de la red por año Esto es lo máximo que pagará por copagos y coseguro por servicios de la Parte A y de la Parte B durante el año.
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	<b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día por los días 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 7 al 90</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 91 y más</li> </ul> *  <b>Fuera de la red</b> Por cada admisión, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día por los días 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 7 y más</li> </ul>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b> Servicios hospitalarios para pacientes externos	<b>Dentro de la red</b> \$325 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos *  <b>Fuera de la red</b> \$325 de copago por servicios quirúrgicos y no quirúrgicos
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	<b>Dentro de la red</b> \$125 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde una sala de emergencias. \$325 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa a un estado de observación desde un centro para pacientes externos. *  <b>Fuera de la red</b> \$125 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa al estado de observación a través de una sala de emergencias. \$325 de copago por servicios de observación para pacientes externos cuando ingresa al estado de observación a través de un centro para pacientes externos.
<b>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC)</b>	<b>Dentro de la red</b> \$250 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$250 de copago

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<b>Consultas con el médico</b> Proveedores de atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
Especialistas	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago
<b>Cuidado preventivo</b> (por ejemplo, consulta anual de bienestar, medición de la masa ósea, prueba de detección de cáncer de mama (monografías), prueba de detección de enfermedades cardiovasculares, prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina, prueba de detección de cáncer colorrectal, pruebas de detección de diabetes, prueba de detección del virus de la hepatitis B, prueba de detección de cáncer de próstata (PSA), vacunas (incluidas las vacunas antigripales), vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b>	\$125 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 24 horas.

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$125 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan de \$50,000. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o la admisión hospitalaria de emergencia. El copago no se anula si lo internan en el hospital para servicios de atención de emergencia en todo el mundo.
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	\$40 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 24 horas.
Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	\$125 de copago Los servicios de atención de emergencia en todo el mundo y los servicios de atención de urgencia en todo el mundo están sujetos a una cobertura máxima del plan \$50,000. Se aplica el copago si es admitido en el hospital para recibir servicios de atención de urgencia en todo el mundo.
<b>Servicios de diagnóstico/servicios de laboratorio/diagnóstico por imagen</b> Servicios de laboratorio	Pruebas de COVID-19 y servicios especificados relacionados con las pruebas en cualquier ubicación tienen un costo de \$0.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Radiografías como paciente externo	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p>
Servicios de radiología de diagnóstico (ej. resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI) y tomografías computarizadas (computed axial tomography scan, CAT Scan))	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago para una mamografía de diagnóstico. \$325 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico. *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago para una mamografía de diagnóstico. \$325 de copago para todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.</p>
Radiología terapéutica	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Examen auditivo cubierto por Medicare</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*



**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Examen auditivo de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 examen cada año</p>
Aparatos auditivos	
Prueba(s) para el ajuste/evaluación de audífonos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>1 ajuste/evaluación cada año</p>
Crédito para audífonos	Hasta \$500 de crédito por oído cada año para audífonos.
Todos los tipos	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>Se limita a 2 audífono(s) cada año</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Información adicional sobre audición	<b>Qué debe saber:</b> Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio si su médico u otro proveedor de atención médica ordenan estas pruebas para saber si usted necesita tratamiento médico.
<b>Servicios dentales</b>	
Servicios preventivos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro  2 limpieza(s) cada año 1 radiografía(s) dental(es) cada 12 a 36 meses, según el tipo de servicio 2 examen(es) oral(es) cada año
Tratamiento con fluoruro	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro  1 cada año
Servicios dentales integrales cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Servicios de diagnóstico	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de diagnóstico cada año</p>
Servicios de restauración	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de restauración cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio</p>
Endodoncia/ Periodoncia/ Extracciones	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicio(s) de endodoncia por diente 1 servicio(s) de periodoncia cada 6 a 36 meses, según el tipo de servicio 1 extracción(es) por diente</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Servicios no rutinarios	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>1 servicios no rutinarios cada fecha de servicio a 60 meses, según el tipo de servicio</p>
Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios	<p><b>Dentro de la red</b> 40% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 70% de coseguro</p> <p>Prostodoncia - cada 12 a 84 meses, según el tipo de servicio Cirugía oral/maxilofacial: cada 12 a 60 meses o de por vida, según el tipo de servicio. Otros servicios - cada 6 a 60 meses, según el tipo de servicio.</p>
Información dental adicional	<p><b>Lo que debe saber:</b> Este plan incluye cobertura para servicios integrales por hasta \$3,000 por año del plan.</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<b>Atención de la vista</b> Examen de la vista cubierto por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (evaluación de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare) \$40 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago (examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare) \$40 de copago (todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare)</p>
Examen de la vista de rutina (Refracción)	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro  1 examen cada año</p>
Prueba de detección de glaucoma	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Anteojos o lentes de contacto Cubiertos por Medicare	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>	
<p>Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina</p> <p>Lentes de contacto/Anteojos (lentes y marcos)/Marcos de anteojos</p> <p>Crédito para anteojos o lentes de contacto</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 40% de coseguro</p> <p>Hasta \$200 de crédito combinado para lentes de contacto y anteojos (lentes y/o marcos) cada año.</p>
<p><b>Servicios de atención de la salud mental</b></p> <p>Consultas como paciente internado</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día por los días 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 7 al 90</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 de copago por día por los días 1 al 6</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 7 al 90</li> </ul>
<p>Consulta para terapia individual como paciente externo</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Consulta para terapia de grupo como paciente externo	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p>
<b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día por los días 1 al 20</li> <li>• \$196 de copago por día por los días 21 al 40</li> <li>• \$0 de copago por día por los días 41 al 100</li> </ul> <p>*</p> <p><b>Fuera de la red</b> Por cada admisión, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día por los días 1 al 20</li> <li>• \$196 de copago por día por los días 21 al 100</li> </ul>
<b>Servicios de terapia y rehabilitación</b>	
Servicios de terapia y rehabilitación	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes externos proporcionados por un terapeuta ocupacional	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

**Beneficios**

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p><b>Dentro de la red</b> \$10 de copago</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$10 de copago</p>
<p><b>Ambulancia</b> Ambulancia terrestre</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$275 de copago</p>
Ambulancia aérea	<p><b>Dentro de la red</b> \$275 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$275 de copago</p>
<b>Servicios de transporte</b>	<p>Por hasta un máximo de 12 viajes de un solo tramo cada año a ubicaciones relacionadas con la salud y aprobadas por el plan.</p> <p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago (por viaje de un solo tramo) *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 75% de coseguro (por viaje de un solo tramo)</p> <p><b>Lo que debe saber:</b> Es posible que se apliquen limitaciones de millaje. Llame a Servicios para los miembros con 72 horas de anticipación para reservar un viaje para su cita.</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*



**Beneficios**

<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>	
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b> Medicamentos para quimioterapia	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
Otros medicamentos de la Parte B	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

<b>Cobertura para medicamentos con receta</b>	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>	
<b>Etapas 1: Deducible anual por medicamentos con receta</b>		
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible para medicamentos cubiertos de la Parte D, esta etapa de pago no aplica.	
<b>Etapas 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde)</b>		
Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales por medicamentos alcancen \$4,660. Los costos anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan tanto usted como su plan. Una vez que alcanza este monto, ingresa a la Etapa del período sin cobertura.		
<b>Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas y la insulina:</b> Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible). No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible (si es que su plan tiene un deducible).		
<b>Costo compartido minorista (30 días/90 días de suministro)</b>		
	<b>preferido</b>	<b>estándar</b>
<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	\$5 / \$15 de copago	\$10 / \$30 de copago
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	\$37 / \$111 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos	\$90 / \$270 de copago	\$100 / \$300 de copago
<b>Nivel 5</b> Nivel de especialidad	33% de coseguro / No está disponible	33% de coseguro / No está disponible

---

<b>Cobertura para medicamentos con receta</b>	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>	
	<b>preferido</b>	<b>estándar</b>
<b>Nivel 6</b> Medicamentos selectos para la atención estándar	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago

<b>Cobertura para medicamentos con receta</b>	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>	
<b>Etapa 2: Cobertura inicial (después de que pague su deducible, si corresponde) (Continuación)</b>		
<b>Costo compartido de pedido por correo (30-días/90-días de suministro)</b>		
	<b>preferido</b>	<b>estándar</b>
<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 de copago	\$5 / \$15 de copago
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	\$5 / \$0 de copago	\$10 / \$30 de copago
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos	\$37 / \$74 de copago	\$47 / \$141 de copago
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos	\$90 / \$180 de copago	\$100 / \$300 de copago
<b>Nivel 5</b> Nivel de especialidad	33% de coseguro / No está disponible	33% de coseguro / No está disponible
<b>Nivel 6</b> Medicamentos selectos para la atención estándar	\$0 / \$0 de copago	\$0 / \$0 de copago
<b>Etapa 3: Etapa del periodo sin cobertura</b>		
	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,660, usted pagará no más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura.	

<b>Cobertura para medicamentos con receta</b>	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>	
	<b>preferido</b>	<b>estándar</b>
<b>Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas</b>		
	<p>Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y en pedidos por correo) alcancen \$7,400, usted pagará lo que sea mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro, o bien,</li> <li>• \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos.</li> </ul>	

Los medicamentos genéricos podrían estar cubiertos en otros niveles que no sean el Nivel 1 y el Nivel 2. Consulte el formulario de este plan para validar el nivel específico en el que sus medicamentos están cubiertos.

El costo compartido puede diferir según el punto de servicio (pedido por correo, minorista, centro de atención a largo plazo [Long-Term Care, LTC]), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar, o si la receta es para un medicamento a corto plazo (suministro de 30 días) o a largo plazo (suministro de 90 días).

Medicamentos excluidos:

Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) incluye(n) cobertura ampliada de medicamentos para ciertos medicamentos excluidos. Solo los genéricos Sildenafil y Vardenafil de Nivel 1 tienen un límite de cantidad de seis píldoras cada 30 días.

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

Consulte su Formulario y Evidencia de cobertura para obtener detalles sobre esta cobertura de medicamentos.

## Beneficios Adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<b>Atención quiropráctica</b> Cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$20 de copago
<b>Acupuntura</b> Cubierta por Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). \$40 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en un consultorio quiropráctico. *  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en un consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP, primary care provider). \$40 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en el consultorio de un especialista. \$20 de copago por acupuntura cubierta por Medicare y recibida en un consultorio quiropráctico.
<b>Servicios de podiatría (cuidado de los pies)</b> Con cobertura de Medicare	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

## Beneficios Adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Servicios de podiatría de rutina	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p> <p>Sin límite de consulta(s) cada año</p>
<b>Consultas virtuales</b>	<p>Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados por la junta a través de Teladoc para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Los servicios cubiertos incluyen medicina general, salud del comportamiento, dermatología y más.</p> <p>Una consulta virtual (también conocida como consulta de telesalud) es una consulta con un médico por teléfono o Internet usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo con cámara. Para obtener más información o para programar una cita, llame a Teladoc al 1-800-835-2362 (TTY:711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>Atención médica a domicilio</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$0 de copago</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

## Beneficios Adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<b>Comidas</b>  Comidas posteriores al cuidado intensivo	\$0 de copago <b>Lo que debe saber:</b> No paga nada por comidas posteriores al cuidado intensivo inmediatamente después de una hospitalización para ayudar con la recuperación con un máximo de 3 comidas por día hasta por 14 días con un máximo de 42 comidas por ocurrencia para un número ilimitado de ocurrencias por año.
<b>Equipo/insumos médicos</b>  Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Dispositivos protésicos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro
Suministros para la diabetes	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago *  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago  Es posible que apliquen algunas limitaciones.

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*



## Beneficios Adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos	<p><b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro *</p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
<b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b>	<p><b>Dentro de la red</b> \$40 de copago *</p> <p><b>Fuera de la red</b> \$40 de copago</p>
<b>Artículos sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<p>\$0 de copago El beneficio máximo es \$105 cada tres meses para gastar en artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) aprobados por el plan. Pueden aplicarse limitaciones. Al final de cada período de beneficios, vencerán todos los dólares del beneficio que no se hayan utilizado.</p> <p><b>Lo que debe saber:</b></p> <p>Puede comprar artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles en farmacias minoristas CVS con la tarjeta de identificación de miembro del plan o pedirlos a través del catálogo, por teléfono o en línea, para que se le entreguen a domicilio.</p> <p>- Para hacer un pedido por teléfono, llame al: 1-866-528-4679, (TTY 711)</p> <p>- Haga su pedido a través del catálogo en línea en: <a href="http://www.cvs.com/otchs/ascensioncomplete">www.cvs.com/otchs/ascensioncomplete</a></p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

## Beneficios Adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
<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: Seguimiento de actividades y Acondicionamiento físico  <b>Lo que debe saber:</b> Este beneficio cubre una membresía anual en un gimnasio o en un centro de acondicionamiento físico participante. 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 ejercicio disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se puede seleccionar un monitor de acondicionamiento físico como parte de un kit de actividad física para el hogar.
Sesiones adicionales de asesoría para dejar de fumar y de consumir tabaco	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago  Se limita a 5 consulta(s) cada año
Examen físico de rutina anual adicional	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago  <b>Lo que debe saber:</b> El examen incluye un historial médico/familiar detallado, una evaluación detallada de pies a cabeza con un examen práctico de todos los sistemas corporales, recomendaciones para evaluaciones/atención de tipo preventivo y asesoría sobre los comportamientos saludables y va más allá de los servicios incluidos en la Consulta anual de bienestar.

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

## Beneficios Adicionales

	<b>Ascension Complete Providence Access Plus (PPO) H9357, Plan 003</b>
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	\$0 de copago
<b>Atención espiritual</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>El plan de salud ofrece visitas virtuales las 24 horas del día, los 365 días del año y acceso a capellanes capacitados profesionalmente a través del programa de atención espiritual Ascension On Demand. Los capellanes tienen experiencia en asuntos como evaluaciones espirituales, atención durante el duelo y la pérdida, además de los relacionados con el control del estrés. Aquellos miembros que tienen preocupaciones espirituales y emocionales pueden conectarse con un capellán a través de la plataforma de Ascension Online Care para que les ayude a abordar sus necesidades y encontrar claridad en momentos difíciles.</p>
Servicios de asesoría	<p>\$0 de copago</p> <p>Además de los beneficios de salud mental cubiertos por Medicare para pacientes externos, cubrimos asesoría al respecto de temas generales como matrimonio, familia y duelo. Usted puede acudir con un profesional de la salud mental calificado por Medicare, o bien, tener acceso a estos servicios por teléfono y en línea a través de nuestro proveedor de consultas virtuales. Hay acceso a las visitas virtuales las 24 horas al día, los 7 días a la semana.</p>

*La marca de un asterisco (\*) colocada en algunos de los servicios indica que estos pueden requerir una autorización previa.*

## Multi-Language Insert

### Multi-Language Interpreter Services

**Spanish:** Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们有免费的口译服务来回答您就我们的健康或药物计划提出的任何问题。如需口译员，只需拨打以下页面上的计划号码致电联系我们。会说中文普通话的人员可以协助您。此为免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

**Tagalog:** Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulongan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

**Korean:** 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية يمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجانًا.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

**Portugués:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

**Hawaiian:** Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

**Ilocano:** Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

**Samoan:** E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numeraga o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totagi.

# Estamos a Solo 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 TODOS LOS ANTERIORES: 711**

## HORARIO DE ATENCIÓN

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

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

 O visite **AscensionComplete.com**

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de Servicios para los miembros al 1-866-281-2878 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).

### Cómo entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com) o llame al 1-866-281-2878 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todos los otros horarios).
- Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utilice para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Cómo entender las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024.
- Para los planes PPO, PFFS y POS:** Nuestro plan permite que consulte con proveedores fuera de nuestra red (proveedores sin contrato). Sin embargo, si bien pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar brindarle atención. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores sin contrato podrían negarse a atenderlo. Además, tendrá que pagar un copago más alto por los servicios que reciba de parte de proveedores que no tienen contrato con nosotros.

## **Comuníquese con nosotros**

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

### **Por teléfono**

Llamada gratuita al 1-866-281-2878 (TTY 711). Su llamada puede ser atendida por un representante con licencia.

### **Horas de operación**

Lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias)

**En línea** [ascensioncomplete.com](http://ascensioncomplete.com)

### **Estamos con nuestros miembros en cada paso del camino.**

Ascension Complete tiene contrato con Medicare para planes HMO y PPO. La inscripción en Ascension Complete depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.