



Guía para los planes del seguro de Medicare de Oregon

2024 Primera edición

Reconocimientos y avisos

La información presentada en esta guía es de dominio público y está permitida su copia y distribución sin autorización. La actualización de esta guía ha sido realizada por la oficina de Ancianos y Personas con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos de Oregon.

Este proyecto es apoyado, en parte, por la subvención número 90SAPG0111-02-00 de la Administración para la Vida Comunitaria (Administration for Community Living (ACL, por sus siglas en inglés)) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Washington, D.C. 20201.

Se incentiva a los beneficiarios que realizan proyectos patrocinados por el gobierno a expresar libremente sus resultados y conclusiones. Por lo tanto, los puntos de vista u opiniones no representan necesariamente la política oficial de ACL. Otros beneficiarios y socios que apoyan este proyecto incluyen a la Patrulla de Medicare para Personas Mayores (Senior Medicare Patrol (SMP, por sus siglas en inglés)) y el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program (SHIP, por sus siglas en inglés)).

Aviso: es posible que una compañía de seguros no aparezca en esta guía debido a que:

- No está autorizada para vender seguros en Oregon
- Está [suspendida](#), o
- La información no estaba disponible al momento de redactar esta guía.

La definición de los términos se encuentra en el glosario que aparece en la [página 97](#).



Índice



Reconocimientos y avisos.....	2
Introducción.....	5
Para obtener ayuda para tomar decisiones relacionadas con Medicare.....	5
Para brindar ayuda.....	5
Herramienta de localización de agentes de Medicare	6
¿Es nuevo en Medicare?	6
Inmigrantes y Medicare.....	6
Medicaid.....	6
Conozca cómo el estado y los recursos de la comunidad le pueden ser de ayuda.....	6
Aspectos básicos.....	7
Empiece aquí	7
Sus opciones de Medicare	8
Parte A: seguro hospitalario de Medicare Original	9
Parte B: seguro médico de Medicare Original	10
El ABC y D de Medicare.....	11
Notas	12
Periodos de inscripción	13
Periodos de inscripción y fechas límite.....	14
Servicios preventivos de la Parte B de Medicare.....	17
Consultas preventivas	18
Medicare Original: ABN y DMEPOS	19
Beneficios para veteranos y Medicare	20
Planes para los jubilados y Medicare.....	21
COBRA y Medicare	22
Medicare y los planes colectivos de salud del empleador (EGHPs).....	22
Planes de salud con deducible alto del empleador con cuentas de ahorros para la salud (HSAs).....	23
Medicare y el Mercado de Seguros Médicos.....	23

Cobertura de medicamentos	25
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	25
Ayuda extra y Programa de Ahorros de Medicare.....	29
Parte D: beneficio estándar, lo que paga por medicamentos	30
Planes independientes de medicamentos recetados de 2024.....	31
Medigap	33
Acerca de las pólizas del seguro suplementario de Medicare (Medigap)	32
Qué cubren los planes Medigap	39
Información de la póliza del seguro suplementario de Medicare (Medigap).....	41
Pólizas de Medigap según el tipo de plan	43
Cuadro comparativo entre Medigap y Medicare Advantage.....	49
Medicare Advantage	51
Planes de Medicare Advantage.....	51
Planes para necesidades especiales de Medicare (SNPs) de 2024.....	55
Información de contacto del plan de Medicare Advantage	58
Planes de Medicare Advantage, por condado.....	59
Apelaciones	89
Apelaciones	89
Proceso de apelaciones de Medicare Original.....	89
Proceso de apelaciones de Medicare Advantage	90
Proceso de apelaciones de la parte D.....	91
Recursos y publicaciones	92
Cinco publicaciones de los CMS recomendadas por SHIBA.....	92
Para solicitar las publicaciones de Medicare	92
Recursos en línea.....	92
Acerca de SHIBA	93
Información de contacto.....	93
Números de teléfono (todos son de línea gratuita)	94
Siglas.....	95
Glosario	97
Índice	106

Introducción

La Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, por sus siglas en inglés)) es una red estatal de asesores certificados que se ofrecen como voluntarios en su comunidad para ayudar a todos los habitantes de Oregon a tomar decisiones conscientes sobre Medicare.

Los asesores SHIBA y los habitantes de Oregon elegibles para Medicare pueden usar la "Guía para los planes del seguro de Medicare de Oregon 2024" para decidir qué plan les resulta más conveniente.

A continuación, encontrará otros recursos de SHIBA:

Para obtener ayuda para tomar decisiones relacionadas con Medicare

Comuníquese con SHIBA al 800-722-4134 (línea gratuita). Se le solicitará que utilice el teclado del teléfono para ingresar su código postal. Dependiendo de su lugar de residencia, SHIBA puede desviar su llamada a una agencia local o a un miembro del personal de SHIBA. El horario de disponibilidad varía según la ubicación. El personal estatal de SHIBA está disponible de lunes a viernes entre 8 a. m. y 5 p. m.

Si necesita hablar con el personal estatal de SHIBA, **no** ingrese su código postal. En épocas de gran volumen de llamadas, es posible que se le desvíe a las líneas telefónicas nacionales de asistencia de Medicare.

Obtenga más información sobre SHIBA en shiba.oregon.gov.

¿Es nuevo en Medicare? Consulte shiba.oregon.gov/medicare-65.

Asegúrese de obtener su información de Medicare de una fuente oficial, como la Administración del Seguro Social, 800-MEDICARE, un agente de seguros con licencia, un representante del servicio al cliente del plan del seguro médico o SHIBA. Anote el contacto con la fecha, la hora y el número desde el que llamó (las llamadas son grabadas), el nombre del representante con quien habló y lo que se dijo.

- Para el Seguro Social, llame al **800-772-1213** (disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.). Para encontrar una oficina local, visite <https://www.ssa.gov/locator> para preguntas sobre la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Llame al 800-MEDICARE (**800-633-4227**) si tiene preguntas sobre la Parte D (plan de medicamentos).

Para brindar ayuda

Conviértase en un asesor certificado de SHIBA. Comuníquese con SHIBA al **800-722-4134** (línea gratuita). Los asesores deben llenar una solicitud, completar con éxito nuestro programa de capacitación, aprobar una verificación de antecedentes y trabajar con un coordinador SHIBA en su comunidad.

Para aplicar en línea, ingrese a <https://shiba.oregon.gov/becomeacounselor/Pages/default.aspx>.

Herramienta de localización de agentes de Medicare

Aunque el programa SHIBA ofrece servicios de asesoramiento sobre Medicare a través de una red estatal de asesores certificados, también puede obtener ayuda sin costo alguno a través de agentes de seguros médicos con licencia. Los agentes pueden ayudar con las recomendaciones y la compra de seguros médicos de Medicare. Si quiere trabajar con un agente local en su comunidad, el Mercado de Seguros Médicos de Oregon tiene una herramienta de localización de agentes de Medicare disponible en su sitio web, healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx. Los agentes que aparecen en la herramienta han pasado por un proceso de certificación estatal. Asegúrese de desplazarse hacia abajo en la página hasta “Find Local Help” [Encontrar ayuda local] y seleccione “Medicare Agents” [Agentes Medicare] cuando realice la búsqueda.

¿Es nuevo en Medicare?

Medicare está disponible para iniciar a los 65 años de edad, sin importar dónde esté o a qué se dedique. Descubra cómo Medicare puede ayudarle. Ingrese a shiba.oregon.gov/medicare-65/.

Inmigrantes y Medicare

Los inmigrantes pueden solicitar Medicare y otros beneficios públicos de apoyo a su salud, nutrición y vivienda sin que ello afecte negativamente a su situación migratoria.

¿Tiene preguntas legales?

- Busque el asesoramiento de un abogado de inmigración. Encuentre abogados de inmigración en <https://www.immigrationadvocates.org/nonprofit/legaldirectory/search?state=OR>
- Busque asesoramiento sobre cómo la solicitud de beneficios puede afectar la situación migratoria. Llame a la línea directa de beneficios públicos de Ayuda Legal/Centro de Leyes de Oregon al **800-520-5292**.
- Manténgase informado sobre los cambios en los cargos públicos visitando <https://protectingimmigrantfamilies.org/>.

Medicaid

Medicaid es un programa que proporciona cobertura del seguro médico para personas de bajos ingresos. Esta asociación estatal y federal ofrece cobertura de servicios médicos, dentales y de salud conductual. Para las personas que reúnen los requisitos, también puede pagar por los cuidados a largo plazo, incluida la ayuda en la vivienda de las personas.

Para obtener más información sobre cómo solicitar Medicaid y otros beneficios, visite el sitio web Oregon ONE Eligibility en <https://one.oregon.gov/> o llame al **800-699-9075** (TTY **711**).

Conozca cómo el estado y los recursos de la comunidad le pueden ser de ayuda

Para obtener más información sobre los programas y recursos gubernamentales para personas mayores y personas con discapacidades, comuníquese con la oficina estatal de [Conexión con Recursos de Envejecimiento y Discapacidad](https://adrcforegon.org) <https://adrcforegon.org> llamando al **855-673-2372**.

Aspectos básicos

EMPIECE AQUÍ

Medicare Original Parte A y Parte B



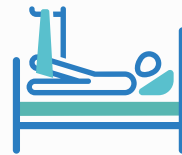
Parte A
Seguro
hospitalario



Parte B
Seguro
médico

0

Plan de Medicare Advantage Parte C



Combina las partes A y B
Disponible con y sin cobertura de
medicamentos recetados (Parte D)



**Seguro suplementario
de Medicare**
(Medigap/seguro secundario)



Medicare Parte D
Planes de medicamentos recetados
(Prescription drug plan (PDP, por sus
siglas en inglés))

El seguro secundario también puede incluir:

- Beneficios para jubilados (por ejemplo, Sistema de Jubilación de Empleados Públicos (Public Employees Retirement System (PERS, por sus siglas en inglés))
- [Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria \(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act \(COBRA, por sus siglas en inglés\)\)](#) (en algunos casos)
- [Tricare for Life/Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de los Veteranos \(Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs \(CHAMPVA, por sus siglas en inglés\)\)](#)
- [Medicaid](#)
- Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Service (IHS, por sus siglas en inglés))



Consejos y sugerencias

Las tarjetas de Medicare nunca llevarán las siguientes letras, ya que son demasiado fáciles de confundir con números: B, I, L, O, S o Z.

Consulte estas opciones de seguro si están disponibles para usted

- **Plan colectivo del empleador o sindicato:** plan de servicio al cliente
- **Beneficios para militares:** la oficina de Servicios para Veteranos de su condado, al **800-692-9666**
- **Medicaid:** su administrador de caso de Medicaid, en <https://one.oregon.gov/> o llame al **800-699-9075 (TTY 711)**

Sus opciones de Medicare

Inscripción en Medicare

Si va a cumplir 65 años y ya recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, debería recibir una tarjeta y un paquete de Medicare por correo unos tres meses antes de su cumpleaños. Asegúrese de actualizar su dirección con el Seguro Social para garantizar una entrega rápida.

Si aún no recibe sus beneficios de jubilación, **debe** comunicarse con el Seguro Social para inscribirse en Medicare o para consultar si puede retrasar su inscripción sin recibir una penalización. Tiene siete meses a partir de su cumpleaños 65 para inscribirse, pero los beneficios se retrasarán cuanto más espere. Consulte la tabla en la **página 13** para más detalles.

Si no cumple con el periodo de inscripción de siete meses a los 65 años, puede inscribirse desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Los beneficios médicos comenzarán el primer día del mes siguiente a la solicitud de inscripción. Sin embargo, es posible que tenga una [multa por inscripción tardía](#).

La Administración del Seguro Social determina la elegibilidad, primas y multas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en Medicare, comuníquese con el Seguro Social al 800-772-1213 (línea gratuita) (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.). Anote siempre la fecha, la hora y el nombre de todos los representantes del servicio con los que hable.

Puede retrasar su inscripción en Medicare sin tener una multa si usted o su cónyuge legal están trabajando de forma activa y si están cubiertos por un plan colectivo de salud a través de su empleador. Sin embargo, Medicare puede ser el seguro primario en algunos casos.

Comuníquese con su administrador de beneficios para ver si esto corresponde a su caso.

¿Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare?

Las Partes A y B de Medicare, también conocidas como "Medicare Original", cubren los servicios hospitalarios y médicos básicos. Sin embargo, usted deberá pagar una parte de los gastos. Esta guía también explica otras opciones extra de seguros para la cobertura médica y de [medicamentos recetados](#).

Cualquiera que sea el camino de Medicare que más le convenga, por favor:

1. Llame al **Seguro Social** para obtener más información para la inscripción en la Parte A y la Parte B. Llame a Medicare al **800-MEDICARE** o al **(800-772-1213**, línea gratuita) para obtener más información sobre los beneficios, reclamaciones o la cobertura para medicamentos de la Parte D. **Siempre** anote la fecha, hora y el nombre del representante del servicio al cliente.
2. Asegúrese de que sus proveedores acepten su seguro, incluyendo a los hospitales. Consulte a los distintos planes para asegurarse de que sus proveedores, incluidos los hospitales, están en la red del plan.
3. Utilice el Buscador de planes de salud y medicamentos de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov/), o llame a su plan para informarse.
4. Guarde los registros. Anote las llamadas con la fecha, la hora y el número desde el que llamó, el nombre de la persona con quien habló y la información que recibió.

Parte A: seguro hospitalario de Medicare Original

Prima de la Parte A 2024.	Menos de 30 créditos, \$505; de 30-39 créditos, \$278. La mayoría de personas no tienen primas si tienen 40 créditos o más. Consulte con el Seguro Social sobre sus créditos.
----------------------------------	--

Servicio	Beneficio	Lo que usted paga
Hospitalización para pacientes internos, pero no en estado de observación ; habitación semiprivada y comida, servicios normales de enfermería, y servicios y suministros hospitalarios diversos	Los primeros 60 días	Deducible de \$1,632 por periodo de beneficio . Podría pagar varios deducibles en un año calendario. Se requiere un deducible en caso de que ocurra otra hospitalización después que el beneficiario haya sido dado de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos.
	Días del 61 al 90	\$408 por día
	Días del 91 al 150 (días de reserva de por vida)	\$816 por día (limitado a 60 días de por vida)
	Más de 150 días	Todos los costos
Centro de enfermería especializada (SNF) Después de tres noches de hospitalización, en un plazo de 30 días desde el alta, en un centro autorizado por Medicare	Días del 1 al 20	\$0
	Días del 21 al 100	Hasta \$204 por día
	Más de 100 días	Todos los costos
Atención médica en el hogar Con una agencia certificada por Medicare	Visitas limitadas a centros de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente	No paga nada por los servicios
Cuidados paliativos Disponible solo para las personas que padecen una enfermedad terminal	Siempre que un médico certifique la necesidad médica	Opción de costos compartidos limitados para los medicamentos para pacientes ambulatorios y la atención de relevo para pacientes hospitalizados
Transfusión de sangre	Transfusión de sangre	Si el hospital tiene que comprar sangre para usted, debe pagar por las primeras 3 unidades o que le donen sangre.

Recuerde: Medicare solo paga por los gastos aprobados por Medicare, no por todos los costos de los servicios médicos prestados.

Parte B: seguro médico de Medicare Original

Prima de la Parte B de 2024.	La cantidad de la prima estándar de la Parte B en 2024 es de \$174.70 (o más, dependiendo de su ingreso).
Repartición de costos de la Parte B de 2024.	Después de pagar el deducible anual de \$240, por lo general Medicare paga el 80% de la cantidad permitida para los servicios cubiertos y usted paga el otro 20%. No hay un máximo de gastos extra.

Servicios cubiertos	Usted paga la prima mensual de la Parte B más:
<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos Visita a la sala de emergencias, atención de urgencia Pruebas de diagnóstico, pruebas de laboratorio, IRM, tomografías computarizadas y radiografías Medicamentos cubiertos por la Parte B administrados en un centro ambulatorio 	20% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual.
<ul style="list-style-type: none"> Transporte en ambulancia 	No paga nada si es una amenaza para su vida viajar de otro modo.
<ul style="list-style-type: none"> Suministros para la diabetes Equipo médico duradero, prótesis/órtesis 	Consulte la página 17 para más detalles.
Hospitalización en estado de observación	El Copago será determinado por la fórmula de pago de Medicare, después del deducible anual.
Terapia ocupacional, física y del habla	20% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual.
Acupuntura	20% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual para el tratamiento del dolor lumbar crónico .
Atención médica en el hogar (igual que en la Parte A)	No paga nada por los servicios cubiertos.
Servicios preventivos, con algunos servicios de laboratorio clínico (análisis de sangre, análisis de orina)	Nada para la mayoría de las pruebas o procedimientos; se pueden aplicar cargos por visitas al consultorio u otros costos.
Salud mental	20% de la cantidad permitida por Medicare después del deducible anual.

El ABC y D de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para:

- Las personas de 65 años o más
- Personas menores de 65 años que reciben ingresos del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance (SSDI, por sus siglas en inglés)) durante más de 24 meses
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease (ESRD, por sus siglas en inglés)) o con esclerosis lateral amiotrófica (amyotrophic lateral sclerosis (ALS, por sus siglas en inglés)).

Esta guía contiene información sobre las siguientes áreas de la cobertura de Medicare:

- Parte A: seguro hospitalario*
- Parte B: seguro médico*
- Seguros suplementarios de Medicare, también llamados planes Medigap
- Parte C: planes Medicare Advantage y planes de seguro médico privado de Medicare
- Parte D: cobertura de medicamentos recetados.

Como Medicare es un **seguro** médico, usted comparte los costos de su atención médica.

*Algunos de los servicios no están cubiertos por la Parte A o B

- Cuidado de custodia a largo plazo
- Atención dental y dentaduras postizas
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Audífonos/exámenes para colocar los audífonos
- Examen rutinario de la vista y anteojos
- Exámenes físicos anuales de rutina con pruebas de laboratorio
- Atención médica recibida fuera de los Estados Unidos, con excepciones limitadas
- Atención alternativa (naturopatía, masaje terapéutico)
- Servicios de transporte médico incluidos los traslados en ambulancia que no suponen un peligro para la vida.

Notas



Consejos y sugerencias

Si tiene alguna pregunta acerca de la información en su Resumen de Medicare (Medicare Summary Notice (MSN, por sus siglas inglés)) o de Medicare Advantage o de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits (EOB, por sus siglas en inglés)) de la Parte D, llame primero a su proveedor o a su plan. Si su proveedor o plan no puede ayudarlo, comuníquese con su SHIBA local para obtener ayuda.

Periodos de inscripción

Periodo de inscripción inicial (IEP)

El periodo de inscripción inicial es un periodo de siete meses a partir del mes en que cumpla 65 años (los tres meses antes de que cumpla 65 años; el mes en que cumpla 65 y los tres meses posteriores a que cumpla 65).

Las personas que no están inscritas automáticamente, o aquellas que deben pagar por una prima por la cobertura de la Parte A, pueden inscribirse en Medicare durante los periodos de inscripción inicial o general ([Periodo de inscripción inicial \(Initial enrollment period \(IEPs, por sus siglas en inglés\)\)](#)) o [Periodo de inscripción general \(general enrollment period \(GEPs, por sus siglas en inglés\)\)](#)).

Todas las personas pueden optar a Medicare a los 65 años, siempre que hayan residido legalmente en Estados Unidos durante cinco años o más. En el caso de las personas mayores de 65 años que aún no hayan cumplido este plazo de residencia legal, el mes 60 de residencia legal se consideraría igual que el mes de nacimiento de 65 años. Entonces, el periodo de inscripción inicial empezaría el mes en que cumpla los 57 años y terminaría el mes en que cumpla los 63 años de su residencia legal.

No me inscribí en el Periodo de inscripción inicial (IEP)

Si no se inscribió en el IEP y no está cubierto por su plan colectivo de salud del empleador (employer group health plan (EGHP, por sus siglas en inglés)) activo o el de su cónyuge, deberá inscribirse en Medicare durante el periodo de inscripción general. El periodo de inscripción general es del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Ingrese a [Seguro Social](#) o llame al **800-772-1213** para iniciar su inscripción. La parte A sin prima entra en vigencia hasta seis meses antes de contactar al Seguro Social. La Parte B entra en vigencia el mes siguiente a la solicitud de inscripción.

Después que use el periodo de inscripción general entre el 1 de enero y el 31 de marzo, debe inscribirse en un plan Medicare Advantage en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la Parte A y Parte B de Medicare. Pueden aplicarse multas por inscripción tardía para la Parte B y los planes de medicamentos recetados.

Periodo de inscripción inicial y fechas de entrada en vigencia

Si se inscribe en este mes de su IEP	Su cobertura de Medicare inicia el primer día de este mes:
Primer mes (3 meses antes del mes de su cumpleaños)	Mes en que cumpla los 65 años
Segundo mes (2 meses antes del mes de su cumpleaños)	Mes en que cumpla los 65 años
Tercer mes (1 mes antes del mes de su cumpleaños)	Mes en que cumpla los 65 años
Cuarto mes (el mes de su cumpleaños)	El mes después de su cumpleaños
Quinto mes (1 mes después del mes de su cumpleaños)	El mes siguiente a su solicitud de inscripción
Sexto mes (2 mes después del mes de su cumpleaños)	El mes siguiente a su solicitud de inscripción
Séptimo mes (3 mes después del mes de su cumpleaños)	El mes siguiente a su solicitud de inscripción
Excepción: si su cumpleaños es el primer día del mes, entonces su IEP empieza un mes antes.	

Periodos de inscripción y fechas límite

(Consulte las definiciones de las siglas a partir de la [página 95](#).)

Plan	IEP/OEP	AEP/GEP	SEP/GI	MA OEP	Multa por inscripción tardía
Parte A de Medicare	Los siete meses que inician tres meses antes de cumplir los 65 años, o la inscripción automática después de 24 meses de recibir el SSDI . Se inscribe automáticamente si recibe beneficios de jubilación del Seguro Social al menos tres meses antes de cumplir los 65 años.	GEP: tiene lugar de enero a marzo para quienes deben pagar una prima por la Parte A, y entra en vigencia el mes siguiente a la solicitud de inscripción. Puede inscribirse en la Parte A sin prima en cualquier momento del año.	En cualquier momento si la prima es gratuita. Si no es con prima gratuita, en cualquier momento mientras esté cubierto por un EGHP a través de trabajo activo (propio o del cónyuge), o hasta ocho meses empezando con el mes después de que el trabajo activo finalice.	N/A	Ninguna, a menos que la prima no sea gratuita; la multa será el 10% de la prima, y dura el doble de tiempo en que la inscripción se retrasó.
Parte B de Medicare	Los siete meses que inician tres meses antes de cumplir los 65 años, o la inscripción automática después de 24 meses si ya recibe el SSDI . Se inscribe automáticamente si recibe beneficios de jubilación del Seguro Social antes del mes del cumpleaños 65.	GEP: enero, febrero y marzo de cada año; la cobertura de la Parte B entra en vigencia el mes siguiente a la solicitud de inscripción.	En cualquier momento mientras esté cubierto por un EGHP a través de trabajo activo (propio o del cónyuge), o hasta ocho meses empezando con el mes después de que el trabajo activo finalice.	N/A	La multa de la prima es del 10% de la prima mensual actual de la Parte B por cada año de retraso en la inscripción; continúa de por vida, a menos que tenga derecho al Programa de ahorros Medicare (Medicare Savings Program (MSP, por sus siglas en inglés)) .
Medigap	Puede adquirirlo tan pronto como tenga la Parte A y la Parte B. Periodo de inscripción abierta (Open Enrollment Period (OEP, por sus siglas en inglés)) con emisión garantizada (Guaranteed issue (GI, por sus siglas en inglés)) para los primeros seis meses de la Parte B, independientemente de la edad (menores o mayores de 65 años).	En cualquier momento, pero a discreción del plan; la compañía puede asegurar o denegar por afecciones médicas preexistentes, a menos que se aplique la GI.	Periodo de IG de 63 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura médica anterior Periodo de IG de 60 días (a partir de 30 días antes y hasta 30 días después cumpleaños del actual titular de la póliza) para cambiar a una compañía diferente. Consulte la página 37 para obtener información sobre el periodo de emisión garantizada del derecho de prueba .	N/A	Puede costar más. Si se superan los periodos de OEP y GI, el plan puede rechazar el seguro debido a las afecciones médicas.

(Consulte las definiciones de las siglas a partir de la [página 95](#).)

Plan	IEP/OEP	AEP/GEP	SEP/GI	MA OEP	Multa por inscripción tardía
<p>Medicare Advantage</p>	<p>El periodo de siete meses que inicia tres meses antes de que cumpla los 65 años, o antes de la fecha en que en la que tiene derecho a Medicare debido al SSDI.</p>	<p>Periodo de inscripción anual (Annual enrollment period (AEP, por sus siglas en inglés)): Del 15 de octubre al 7 de diciembre, entrando en vigencia el 1 de enero.</p> <p>GEP: Si se inscribe en la Parte A y B durante el GEP, entonces la inscripción de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) puede comenzar cuando la persona presente su solicitud para la Parte B y continúa durante los 2 primeros meses de inscripción de la Parte B. Los beneficios entran en vigencia el mes siguiente a la solicitud de inscripción.</p>	<p>60 días posteriores a la pérdida de otra cobertura, o dentro del plazo de los primeros 12 meses del primer plan.</p> <p>También incluye planes de cinco estrellas y de bajo rendimiento para los periodos especiales de inscripción (Special Enrollment Period (SEP, por sus siglas en inglés)).</p> <p>Consulte la página 52.</p> <p>Los tres primeros trimestres del año para los que reciban Ayuda extra o Medicaid.</p>	<p>Del 1 de enero al 31 de marzo o los tres primeros meses de MA si es nuevo en Medicare.</p> <p>Solo se permite tomar una decisión.</p> <p>Consulte la página 52.</p>	<p>Ninguna para la cobertura médica. El retraso en la inscripción de los medicamentos puede generar una multa de la Parte D añadida a la prima.</p>

(Consulte las definiciones de las siglas a partir de la [página 95](#).)

Plan	IEP/OEP	AEP/GEP	SEP/GI	MA OEP	Multa por inscripción tardía
Parte D de Medicare	El periodo de siete meses que inicia tres meses antes a que cumpla los 65 años, o antes de la fecha en que en la que tiene derecho a Medicare debido al SSDI .	Periodo de inscripción anual (Annual enrollment period (AEP, por sus siglas en inglés): del 15 de octubre al 7 de diciembre , entrando en vigencia el 1 de enero. GEP: Si se inscribe en la prima de la Parte A durante, entonces la inscripción del PDP puede comenzar cuando la persona presente su solicitud para la Parte A y continúa durante los 2 primeros meses de inscripción de la Parte A. Los beneficios en vigencia el mes siguiente a la solicitud de inscripción.	60 días posteriores a la pérdida de otra cobertura. También incluye planes de cinco estrellas y de bajo rendimiento para los SEP. Consulte la página 52 . Los tres primeros trimestres del año para los que reciban Ayuda extra o Medicaid.	Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año si está inscrito en un plan MA a partir del 1 de enero. Solo se permite tomar una decisión. Consulte la página 52 .	La multa por cada mes en que se retrase la inscripción es del 1% de la prima de referencia; por ejemplo, 24 meses de retraso se convierten en una multa del 24%, continuará de por vida a menos que tenga derecho a la Ayuda extra. Consulte la página 26 .

Servicios preventivos de la Parte B de Medicare

Medicare ofrece servicios preventivos gratuitos y a un costo reducido recibidos de un proveedor que acepte la tasa asignada por Medicare. Algunos beneficios pueden estar sujetos a tasas de los centros o a las visitas al consultorio. Consulte con su médico qué servicios son adecuados para usted.

Antes de recibir cualquier servicio preventivo, consulte a la oficina de facturación de su médico si el servicio es un gasto cubierto de Medicare para usted. [Las restricciones](#) se aplican a todos los beneficios. Asegúrese de llevar un registro preciso de todos los servicios preventivos que ha recibido.

Consejo: si utiliza Medicare Original, puede llevar el registro de sus servicios preventivos al crear su propia cuenta en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Servicios preventivos cubiertos por Medicare

- Evaluación de aneurisma abdominal aórtico
- Controles y asesoramiento por consumo indebido de alcohol
- Examen de densitometría ósea (densidad ósea)
- Exámenes de enfermedades cardiovasculares y análisis de biomarcadores basados en la sangre



- Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)
- Evaluación para la detección del cáncer de cuello uterino y vaginal
- Evaluación para la detección del cáncer colorrectal
- Evaluación para la depresión
- Exámenes para la detección de la diabetes y Programa de prevención de la diabetes de Medicare
- Entrenamiento de autocontrol de la diabetes
- Exámenes de glaucoma
- Evaluación para la detección de la infección por el virus de la hepatitis B
- [Prueba de detección](#) para la hepatitis C
- Prueba de detección para el [HIV](#)
- Evaluación para la detección de cáncer de pulmón
- Mamografía (exámenes para la detección)
- Servicios de terapia nutricional
- Evaluación y asesoramiento para la obesidad
- Consulta preventiva única Bienvenido a Medicare
- Evaluación para la detección del cáncer de próstata
- Exámenes y asesoramiento para enfermedades de transmisión sexual
- Vacunas:
 - » Vacunas contra la gripe
 - » Vacunas contra el COVID-19
 - » Vacunas contra la hepatitis B
 - » Vacuna antineumocócica
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Visitas anuales de bienestar

Los planes de Medicare Advantage deben proporcionar estos exámenes preventivos. Consulte con su plan conocer las tasas de los centros o de otro tipo.

Consultas preventivas

Consulta preventiva Bienvenido a Medicare

Puede obtener esta consulta gratis dentro del plazo de los primeros 12 meses si cuenta con la Parte B. Esta consulta incluye una revisión de su historial médico y social relacionado a su salud y educación; también incluye asesoramiento sobre los servicios preventivos, incluidos algunos exámenes, vacunas y [remisiones médicas](#) para otros cuidados, de ser necesario. También proporciona:

- Medición de altura, peso y presión arterial
- Cálculo de su índice de masa corporal
- Examen de la vista sencillo
- Revisión de su riesgo potencial de sufrir depresión y su nivel de seguridad
- Ofrecimiento de conversar con usted sobre la creación de directivas anticipadas
- Plan escrito para informarle sobre los exámenes, vacunas y otros servicios preventivos que necesite.

Esta es una consulta única, no está obligado a acudir a ella para que se cubra su consulta anual de bienestar. Es posible que la consulta Bienvenido a Medicare no tenga cobertura si se prestan otros servicios ese día. Asegúrese de que cuando programe la cita, les informe que desea la consulta gratuita de Bienvenido a Medicare. No se trata de un examen físico anual.

Consulta anual de bienestar

Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener esta consulta gratis para desarrollar o actualizar un plan personalizado para prevenir enfermedades y discapacidades basado en su actual salud y en los factores de riesgo. Su proveedor le solicitará llenar una evaluación de riesgo para la salud como parte de la consulta, lo que le ayudará a usted y a su proveedor a desarrollar un plan de prevención personalizado para mantenerlo saludable.

La consulta incluye:

- Revisión de su historial médico y familiar
- Desarrollo y actualización de una lista de sus actuales proveedores y medicamentos recetados
- Medición de altura, peso, presión arterial y otros exámenes de rutina
- Detección de cualquier deficiencia cognitiva
- Asesoramiento personalizado para la salud
- Lista de los factores de riesgo y opciones de tratamientos para usted
- Un programa de exámenes médicos para servicios preventivos adecuados
- Planificación anticipada para la atención médica

Esta consulta tiene cobertura una vez cada 12 meses (deben pasar 11 meses desde la última consulta).

Medicare Original: ABN y DMEPOS



Notificaciones anticipadas al beneficiario (ABNs) obligatorias y voluntarias

Algunas veces, los proveedores de servicios médicos o los distribuidores de equipo médico **deben** notificarle por escrito (con una Notificación anticipada al beneficiario (Advance Beneficiary Notice (ABN, por sus siglas en inglés)) si ellos creen que Medicare no cubrirá un servicio particular. La ABN debe identificar el servicio específico que no esté cubierto y sus costos.

Si no recibe la notificación para firmarla y se le pidió, es posible que no tenga que pagar las facturas. La ABN no es necesaria para los elementos y servicios que nunca están cubiertos por Medicare, como los servicios dentales. Además, las notificaciones se dirigen a las personas con Medicare Original y no para aquellas personas con planes Medicare Advantage.

Las ABN de rutina (una práctica que consiste en hacer que los [beneficiarios](#) firmen formularios en blanco para llenarlos después) son una violación a las normas de Medicare. Decirle al paciente “necesitamos su firma

porque nunca sabemos si Medicare pagará” tampoco está permitido. El proveedor debe saber, según los códigos médicos utilizados, si Medicare cubrirá un servicio.

Nunca firme una ABN en blanco.

Equipos médicos duraderos, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS)

Todos los DMEPOS deben:

- Ser prescritos por un médico
- Tener la declaración de necesidad médica de su médico
- Ser adquiridas a través de un distribuidor contratado por Medicare.

Su parte es el 20% de la tarifa asignada por Medicare si el distribuidor acepta la asignación. Para encontrar un distribuidor, ingrese a [medicare.gov/medical-equipment-suppliers/](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/)

Aviso: Medicare no le reembolsará si usted paga al distribuidor la cantidad total por adelantado. Asegúrese de está recibiendo los suministros de un distribuidor contratado por Medicare que le factura directamente a Medicare.

Pedidos por correo de suministros para diabéticos

Medicare procesará las reclamaciones por suministros de pruebas para la diabetes entregados en las residencias de los beneficiarios cuando sean pedidos a distribuidores contratados por Medicare. Pedir por correo hace referencia a los artículos enviados o entregados a las residencias de los beneficiarios, incluidas las entregas a domicilio que fueron ofrecidas a través de algunas farmacias.

Si tiene un plan de Medicare Advantage, comuníquese con el plan para conocer los distribuidores que su plan contrata, utilice a estos distribuidores para adquirir todos su DMEPOS.

Beneficios para veteranos y Medicare

Los veteranos deben entender cómo el Departamento de Asuntos de Veteranos (Veteran Affairs (VA, por sus siglas en inglés) y Medicare colaboran en su caso. Los veteranos que tienen beneficios de Medicare y VA pueden recibir los servicios a través de cualquiera de los dos programas. Sin embargo, **deben elegir qué beneficio usarán cada vez que vean a un médico o reciban atención médica** (por ejemplo, en un hospital) Medicare no pagará por el mismo servicio que VA autorizó, de igual forma, los beneficios para los veteranos no realizarán el pago principal para el mismo servicio cubierto por Medicare. Algunos veteranos reciben de forma gratuita su atención médica, incluidos los medicamentos recetados. Otros pueden ser los responsables de realizar [copagos](#), que Medicare no reembolsará.

Para recibir los servicios por los beneficios de VA, una persona debe recibir la atención médica en un centro VA o hacer que el VA autorice los servicios en un centro que no sea del VA.

Los veteranos pueden estar sujetos a una multa por inscripción tardía en la Parte B de Medicare, incluso si ya están inscritos en la atención médica del VA.

La cobertura para medicamentos del VA se considera [acreditable](#), lo que protege en contra de una multa por retraso en la inscripción en la Parte D de Medicare.

Para evitar una multa cuando se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare, debe proporcionar evidencia de la cobertura de medicamentos de VA. Para solicitar una carta de [cobertura acreditable](#) o información relacionada al estado actual de beneficios, llame a la línea directa de beneficios médicos del VA al **877-222-VETS (8387)** (línea gratuita).

Algunos veteranos pueden mejorar su cobertura al utilizar tanto su beneficio de medicamentos VA como al inscribirse en un plan de Medicare para aquellos medicamentos que el VA no cubra. Cuando se utiliza un plan de medicamentos de Medicare, el VA no reembolsa los gastos extra y el VA no es un contribuyente secundario.

A cada condado se le asigna un oficial de servicios para veteranos (Veteran Service Officer (VSO, por sus siglas en inglés)) para ayudarle con sus beneficios VA. Para encontrar a su VSO local, ingrese a oregon.gov/odva/services/pages/county-services.aspx o llame al **800-692-9666** (línea gratuita).

TRICARE for Life es para los militares jubilados y sus dependientes. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para recibir TRICARE for Life.

Para obtener más información sobre la elegibilidad, llame al Departamento de Defensa al **866-773-0404** (línea gratuita) o visite tricare4u.com.

Programa	¿Requiere Medicare?	Atención coordinada
Beneficios de salud para empleados del gobierno federal (FEHB, por sus siglas en inglés)	No, pero se sigue aplicando la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty (LEP, por sus siglas en inglés)).	Sí, si está inscrito en las Partes A y B de Medicare.
Tricare For Life (TFL)	Sí, ambas Partes A y B	TFL paga en segundo lugar después de Medicare
CHAMPVA	Sí, ambas Partes A y B	CHAMPVA paga en segundo lugar después de Medicare
Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)	No, pero se sigue aplicando la multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés).	Raramente se coordinará con Medicare. Lo paga el VA o lo paga Medicare.
Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Service (IHS, por sus siglas en inglés))	No, pero se sigue aplicando la multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés).	Ahorra dinero de la tribu si se inscribe en Medicare. IHS paga en segundo lugar después de Medicare.

Planes para los jubilados y Medicare

En la mayoría de casos, debe estar inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare para poder inscribirse o continuar con cualquiera de las opciones del plan para jubilados si usted:

- Es elegible para la cobertura de un plan colectivo de salud (para jubilados) de un antiguo empleador, y
- Si está por cumplir o es mayor de 65 años.

Probablemente habrá una fecha límite para inscribirse en el plan para jubilados una vez que sea elegible para Medicare. Consulte con el administrador del plan de su empleador para conocer los plazos y las normas de elegibilidad. No inscribirse a tiempo puede impedirle inscribirse en el futuro.

Una vez que se haya jubilado y tenga cobertura de Medicare y de un plan colectivo de salud (para jubilados) de un antiguo empleador, asegúrese de saber si el plan colectivo de salud:

- Paga después de Medicare (secundario), o
- Es un plan de atención administrada que es el único contribuyente.

La forma en que funciona la cobertura de su plan colectivo de salud para jubilados depende de las condiciones de su plan específico. Es posible que después de la jubilación, la cobertura del plan colectivo de salud tenga diferentes reglas y podría no funcionar de la misma manera después de tener Medicare.

Cinco cosas que debe saber sobre la cobertura para jubilados

1. Averigüe si puede continuar con la cobertura de su empleador después de que se jubile. Por lo general, cuando se tiene la cobertura para jubilados por parte de un empleador o sindicato, éste controla dicha cobertura. Los empleadores no están obligados a proporcionar cobertura a los jubilados, pueden cambiar los beneficios o primas, incluso cancelar la cobertura.
2. Averigüe el precio y los beneficios de la cobertura para jubilados, y si incluye la cobertura para su cónyuge. Su empleador o sindicato puede ofrecerle a usted, a su cónyuge o a ambos la cobertura para jubilados que limite cuánto pagará por la misma. Es posible que solo proporcione cobertura de "exceso de pérdida", que empieza a pagar sus gastos extra solo cuando alcancen una cantidad máxima.
3. Descubra lo que ocurre con su cobertura de jubilado cuando sea elegible para Medicare. Por ejemplo, la cobertura de jubilado podría no hacerse cargo de sus gastos médicos durante el periodo que llegó a ser elegible para Medicare, pero no se inscribió. Cuando sea elegible para Medicare, es posible que tenga que inscribirse en ambas partes de Medicare, en la Parte A y la Parte B para obtener los beneficios completos de su cobertura de jubilado.
4. Averigüe qué efecto tendrá su cobertura continua como jubilado en su cobertura médica y en la de su cónyuge. Si no está seguro de cómo funciona su cobertura de jubilado con Medicare, obtenga una copia del folleto de beneficios de su plan o vea el resumen de la descripción del plan proporcionado por su empleador o el sindicato. También puede comunicarse con el administrador de beneficios de su empleador para preguntar cómo el plan realiza los pagos cuando usted tiene Medicare. Es posible que quiera hablar con un asesor de SHIBA para que le aconseje sobre adquirir una póliza del Seguro suplementario de Medicare (Medigap).
5. Si su antiguo empleador interrumpe su cobertura, la ley de Oregon le da el derecho a adquirir una póliza de Medigap con emisión garantizada dentro de un plazo de 63 días. Esto aplica incluso si ya no se encuentra en su periodo de inscripción de Medigap.

Medicare pagará primero después de que se jubile. Como resultado, su cobertura de jubilado puede ser similar a la cobertura del Seguro suplementario de Medicare (Medigap). La cobertura de jubilados no es lo mismo que una póliza de Medigap; sin embargo, al igual que la póliza de Medigap, por lo general ofrece beneficios que cubren algunas diferencias de la cobertura de Medicare, así como [coaseguros](#) y deducibles. A veces, la cobertura de jubilados incluye beneficios extra, así como cobertura de días extra en el hospital, exámenes rutinarios de la vista o beneficios dentales.

COBRA y Medicare

Si sus beneficios de Medicare (Parte A o Parte B) entran en vigencia el día en que elige la cobertura de COBRA o antes, puede continuar la cobertura de COBRA y también tener Medicare. Esto es cierto incluso si sus beneficios de la Parte A empiezan antes de que elija COBRA, pero no se inscribe en la Parte B hasta más tarde. En este caso, Medicare siempre es el principal frente a la cobertura de COBRA. COBRA no es un plan de salud colectivo de trabajo activo y no protegerá de la multa por inscripción tardía de la Parte B. En la mayoría de los casos, se exigirán Medicare A y B.

Si tiene derecho a Medicare después de que se inscriba en COBRA, sus beneficios de COBRA terminarán cuando inicie Medicare. Sin embargo, si COBRA cubre a su cónyuge y/o a sus hijos dependientes, su cobertura puede extenderse hasta por 36 meses ya que usted cumple los requisitos para Medicare.

Medicare y los planes colectivos de salud del empleador (EGHPs)

Cuando usted o su cónyuge siguen trabajando y están cubiertos por un plan colectivo de salud que ofrece el empleador, pueden retrasar la inscripción a Medicare sin tener una multa. Sin embargo, si el empleador tiene menos de 20 empleados, por lo general, Medicare paga primero (primario). El plan del empleador entonces pagaría en segundo lugar, ya sea que esté inscrito o no en Medicare. Si usted o su cónyuge están inscritos en Medicare por discapacidad (son menores de 65 años), Medicare paga primero a las compañías con menos de 100 empleados.

Cuando está cubierto por un plan de salud colectivo de trabajo activo, por lo general puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare en cualquier momento mientras esté trabajando o hasta el octavo mes a partir de la fecha en que dejó de trabajar. Cuando su EGHP finalice, usted tendrá un periodo de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés), para inscribirse en Medicare y en los seguros médicos relacionados a Medicare. Puede optar por inscribirse en un(a):

- Plan para jubilados si está disponible ([página 21](#))
- Plan de Medicare Advantage (médico y medicamentos combinados) ([página 51](#))
- Póliza secundaria, llamada Seguro suplementario de Medicare (Medigap) ([Páginas página 33](#))
- Plan independiente de medicamentos recetados ([página 31](#))

Tiene poco tiempo para tomar una decisión sobre su inscripción y así evitar cualquier multa por inscripción tardía, así que no se demore. En la [página 13](#) de esta guía hay un cuadro que indica los plazos.

Planes de salud con deducible alto del empleador con cuentas de ahorros para la salud (HSAs)

Debe elegir entre seguir contribuyendo a una Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account (HSA, por sus siglas en inglés)) o inscribirse en la Parte A de Medicare si:

- Está cubierto por un plan de salud con deducible alto (high-deductible health plan (HDHP, por sus siglas en inglés)) a través de su empleador, y
- Usted y/o su empleador contribuyen a la cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés).

Una vez que esté inscrito en cualquier parte de Medicare, ya no tiene derecho para contribuir o recibir contribuciones a su HSA. Existen consecuencias fiscales y multas si las contribuciones continúan.

Si decide continuar trabajando después de los 65 años y contribuir a la HSA, las contribuciones deben cesar seis meses antes de inscribirse en Medicare. Esto es porque la Parte A, si no tiene prima, entrará en vigencia con seis meses de forma retroactiva, o en el mes en que cumple 65 años, lo que ocurra antes. Llamar al Seguro Social para concertar una cita se denomina una "fecha protegida de solicitud" y la Parte A tendrá una [fecha de entrada en vigencia](#) de seis meses retroactivos desde la fecha de la llamada.

Si está cubierto por un HDHP de empleador, usted está protegido de la multa por inscripción tardía de la Parte B. Sin embargo, para inscribirse en la Parte A es necesario que cualquier cobertura de medicamentos recetados incluida sea "acreditable" para protegerse de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

Si tiene Medicare, no debería tener que adquirir cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (healthcare.gov).

El Mercado es para que las personas, familias y empleados de negocios pequeños adquieran cobertura médica, ya sea a través de compañías de seguros privadas o del Plan de Salud de Oregon. A continuación, encontrará las preguntas más frecuentes sobre Medicare y el Mercado de Seguros Médicos.

¿Puedo obtener un plan del Mercado además de Medicare?

No. Va en contra de la ley si alguien, que sepa que tiene Medicare, le venda un plan de salud a través del Mercado o de una compañía de seguros. Esto es así, incluso si solo tiene la Parte A o la Parte B. En lugar de un plan del Mercado, hay planes específicamente diseñados para trabajar con Medicare. Consulte la [página 33](#) para conocer más sobre las pólizas de Medigap y [página 51](#) para conocer más sobre los planes Medicare Advantage. También puede llamar a SHIBA o ingresar a medicare.gov para obtener más información.

¿Puedo elegir la cobertura del Mercado en lugar de Medicare?

Por lo general, no. Sin embargo, hay algunas pocas excepciones. Es posible que pueda adquirir un plan a través del Mercado:

- Si tiene derecho a Medicare, pero no se ha inscrito ya que tendría que pagar una prima por la Parte A, o porque ya no está recibiendo los beneficios del Seguro Social.
- Si está pagando una prima por la Parte A (puede cancelar su cobertura de la Parte A y de la Parte B)
- Si tiene 65 años o más y no cuenta con el estatus de 5 años de residencia legal documentada requerido para Medicare, puede adquirir un plan a través del Mercado de Seguros Médicos de Oregon.

- También puede tener derecho al Plan de Salud de Oregon si cumple con los requisitos de ingresos y recursos. Para solicitar el Plan de Salud de Oregon visite One.Oregon.gov o llame a su [oficina local](#) para Ancianos y Personas con Discapacidades o a la Agencia del Área sobre el Envejecimiento.

Sus ingresos del hogar determinarán si tiene derecho a la ayuda financiera para pagar por el plan a través del Mercado. Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece el Mercado, visite healthcare.gov o llame al **800-318-2596** (línea gratuita).

Antes de tomar una decisión, hay dos puntos que debe considerar:

- Si se inscribe en Medicare después que su periodo de inscripción inicial finalice, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que tenga Medicare.
- Fuera del periodo de inscripción inicial, por lo general puede inscribirse en Medicare solo durante el periodo de inscripción general de Medicare (del 1 de enero al 31 de marzo). Su cobertura comenzará el mes siguiente a la solicitud de inscripción.
- Consulte la [página 14](#) para ver los periodos de inscripción y fechas límite.

¿Qué sucede si tengo derecho a Medicare después de inscribirme a un plan del Mercado?

Puede adquirir un plan de seguro médico a través del Mercado antes que Medicare empiece. Puede cancelar su plan del Mercado cuando su cobertura de Medicare inicie.

Una vez tenga derecho a Medicare, contará con un periodo de inscripción inicial para poder inscribirse. Para la mayoría de personas, este periodo inicia tres meses antes de cumplir los 65 años y termina tres meses después de cumplir los 65 años.

En la mayoría de casos, es mejor inscribirse en el momento que cumpla los requisitos por primera vez porque:

- Una vez que sea elegible para Medicare, no podrá obtener costos más bajos para un plan del Mercado según sus ingresos.
- Si se inscribe en Medicare después que su periodo de inscripción inicial finalice, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que tenga Medicare.

Aviso: puede conservar su plan del Mercado después de que comience su cobertura de Medicare. Sin embargo, una vez que comience su elegibilidad para la cobertura de la Parte A sin primas, cualquier ayuda financiera que obtenga a través del Mercado finalizará. Esto es así, ya sea si se inscribió o no en Medicare.

Además, su plan del Mercado no se renovará una vez que usted sea elegible para la Parte A sin primas.

¿Puedo obtener un plan dental independiente a través del Mercado?

No, no puedo adquirir un plan dental a través del Mercado si ya cuenta con Medicare. Sin embargo, puede adquirir un plan dental directamente de una compañía de seguros médicos. Para encontrar un agente, utilice la [herramienta de localización](#).

¿Dónde puedo obtener un seguro dental para complementar con Medicare?

Las oficinas de SHIBA tienen una lista de las compañías de seguros dentales independientes que venden pólizas en Oregon. Además, algunos planes Medicare Advantage incluyen servicios dentales preventivos en sus beneficios principales. Estos planes pueden agregar una cláusula dental adicional para cubrir los servicios integrales.

Cobertura de medicamentos

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Parte D de Medicare

Medicare ofrece un seguro para medicamentos recetados a todos los beneficiarios de Medicare, independientemente de sus ingresos o salud. El plan de la Parte D de Medicare cubre la mayoría de medicamentos autoadministrados, así como algunas vacunas que se administran en la farmacia como la vacuna contra el herpes zóster.

Las aseguradoras privadas contratadas por Medicare ofrecen los planes, que pueden solicitar primas mensuales, [copagos](#), [coaseguros](#) y deducibles.

La cobertura de la Parte D está disponible a través de los planes independientes de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) que cubren solo medicamentos, así como los planes Medicare Advantage con medicamentos recetados (Medicare Advantage with Prescription Drug (MAPD, por sus siglas en inglés)) que combinan la cobertura médica y de medicamentos.

Si desea la cobertura de medicamentos recetados, debe inscribirse en la Parte A o B de Medicare, y tomar medidas para inscribirse en un plan.

¿Necesito la cobertura de medicamentos recetados?

La Parte D de Medicare es como todos los seguros. Le cubre si lo necesita ahora y le protege frente a futuros gastos por medicamentos recetados. Si no se inscribe en la Parte D cuando es elegible por primera vez, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía más adelante.

¿Qué sucede si tengo cobertura para medicamentos recetados?

Si usted ya tiene un plan independiente para medicamentos recetados de la Parte D, su compañía de seguros debe enviarle a principios de octubre un paquete que describa los cambios para el año que viene. Lea los documentos detenidamente.

Si usted ya tiene cobertura para medicamentos recetados a través de un empleador, sindicato o agencia gubernamental (como el VA), tal vez quiera permanecer en su plan actual si los beneficios por medicamentos son [acreditados](#), e igual de buenos o mejores que el beneficio estándar de la Parte D de Medicare. Si no recibe una carta que le indique si su cobertura es acreditable, póngase en contacto con su administrador de beneficios y solicite una. Recuerde siempre conservar cualquier prueba de cobertura acreditada.



Consejos y sugerencias

Conserve su Resumen de Medicare (Medicare Summary notices (MSNs, por sus siglas en inglés)) y Medicare Advantage y las Explicaciones de beneficios (EOBs, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Lleve un Diario personal de cuidado de la salud, disponible en su Patrulla Medicare para Personas Mayores local, para que pueda comprobar que sus registros coinciden con las notificaciones que reciba. Destruya cualquier documento que decida ya no guardar más en un lugar seguro.

La multa por inscripción tardía

Si llega a ser elegible para [1]la Parte D y no tiene otra cobertura acreditable, es posible que enfrente una multa cuando se inscriba más adelante. En 2024, la multa es de aproximadamente 34 centavos por el número de meses sin cobertura de medicamentos acreditable, añadido a la prima del plan elegido (PDP o MAPD). Si tiene otra cobertura para medicamentos, el administrador de los beneficios del plan debe emitir una carta en la que se indique si su cobertura es igual de buena o mejor que el beneficio básico [PDP](#) de Medicare.

Se exonerará la multa por inscripción tardía si cumple los requisitos para recibir la [Ayuda extra](#) (consulte la [página 29](#)), o si tiene Medicare debido a una discapacidad y si cumple 65 años.

¿Dónde obtengo ayuda para elegir un plan de medicamentos recetados?

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- Comuníquese con SHIBA (Programa de Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores) al **800-722-4134** (línea gratuita).
- Llame a Medicare al **800-633-4227** (línea gratuita).

¿Puedo cambiar de plan?

Sí. Los planes cambian cada año. Medicare recomienda que revise su plan de medicamentos recetados cada otoño. Puede inscribirse, cancelar o cambiar de plan durante el periodo de inscripción anual (AEP, por sus siglas en inglés) del **15 de octubre** al **7 de diciembre**.

Si inicia el año con un plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), puede usar el periodo de inscripción abierta de MA del 1 de enero al 31 de marzo para realizar cambios a la cobertura para medicamentos. (Consulte la [página 52](#) para más detalles).

Para cambiar de plan:

- Inscribese a un nuevo plan de medicamentos recetados o a un plan Medicare Advantage que incluya una cobertura de medicamentos recetados. Su nuevo plan reemplazará su antiguo plan a partir del 1 de enero. **No es necesario que tome medidas para finalizar su antiguo plan.**
- Si toma más de una medida para inscribirse durante el periodo de inscripción anual de otoño, esta última medida que reciba Medicare, antes de que el periodo finalice, entrará en vigencia. No tome más de una medida para inscribirse en el mismo día.

Si se muda a un nuevo estado, debe inscribirse en un nuevo plan en su nuevo estado, aunque esté inscrito en un plan nacional.

Aspectos que debe considerar en un plan de medicamentos

Lista de medicamentos: también conocida como un “formulario”, cada plan de medicamentos dispone una lista de los medicamentos recetados que cubre. Los planes difieren en cuanto a sus formularios y las normas que rigen el acceso y los costos.

Restricciones: todos los planes pueden aplicar restricciones a su formulario de medicamentos. Los tipos de restricciones y limitaciones que se imponen son:

- **Autorización previa:** su prescriptor debe ponerse en contacto con el plan para demostrar que el medicamento es [médicamente necesario](#) para que el plan lo cubra. Un suministro para 30 días mientras éste se tramita.
- **Límites de cantidad:** algunos planes, por razones de gastos, seguridad o legales, limitan la cantidad de medicamentos que cubren por un periodo de tiempo. Si solicita una cantidad superior a la permitida, su médico debe presentar una prueba de que es médicamente necesaria. Su plan puede conceder una excepción a la cantidad límite.

- **Terapia escalonada:** el plan exige que primero pruebe con ciertos medicamentos menos costosos de su formulario antes de cubrir un medicamento de marca más caro. El médico puede comunicarse con el plan para solicitar una excepción:
 - » Si anteriormente, he probado el medicamento y no funciona, o
 - » Si su médico cree que, por su estado de salud, es médicamente necesario que tome un medicamento en específico.

Si el plan aprueba la solicitud, el medicamento estará cubierto.

Escoger un plan con pocas restricciones o sin restricción, aunque pague un precio más elevado en general, puede ser una buena opción. Reducirá las demoras y el papeleo para recibir sus medicamentos preferidos.

¿Cuáles son los gastos extra para la Parte D?

Las primas para el plan de medicamentos disponen de una amplia gama de precios. Los planes de prima más alta no cubren necesariamente mejor los medicamentos que los planes de prima más baja. El verdadero factor determinante son los medicamentos específicos de su lista personal. El buscador de planes en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) es la mejor herramienta al hacer una comparación de costos y elegir el plan que más le convenga.

Todos los medicamentos que están en el formulario del plan tienen asignado un "nivel", el cual indica la repartición de costos que pagará el miembro en la farmacia. Hay dos formas de determinar el costo compartido para cada medicamento:

- **Copagos**, una cantidad fija, normalmente se encuentran en los medicamentos de menor nivel. Los copagos serán un costo compartido constante durante todo el año.
- **Coaseguro**, un porcentaje del costo, por lo general se asignan a los medicamentos de mayor nivel. Los costos compartidos del coaseguro cambian con la fluctuación del mercado.

Los detalles del plan de medicamentos en el buscador de planes (que se encuentra en la sección “ver más sobre su cobertura de medicamentos; otra información sobre medicamentos”) ingresando a [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) le indican si su lista de medicamentos requiere copagos o coaseguros.

El reparto de los costos también depende en gran medida de la farmacia a la que acude. Compare farmacias para obtener los mejores precios. Los beneficios del plan de medicamentos no están disponibles si acude a una farmacia fuera de la red. Usted paga el total al por menor, como si no tuviera seguro. Si viaja fuera del estado, asegúrese de estar inscrito en un plan que opere a nivel nacional.

Los beneficios del plan de medicamentos no están disponibles si acude a una farmacia fuera de la red. Usted paga el total al por menor, como si no tuviera seguro. Si viaja fuera del estado, asegúrese de estar inscrito en un plan que opere a nivel nacional.

¿Puedo disponer de más de un plan de medicamentos recetados a la vez?

Depende. Si está inscrito en los beneficios por medicamentos del Departamento de Asuntos de los Veteranos o en la farmacia del Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses, pertenece a un grupo especial que tiene cobertura acreditable, que puede tener uno o ambos tipos de cobertura. La ventaja de tener ambas opciones depende de su lista de medicamentos. Sin embargo, las personas con cobertura acreditable del sindicato, del empleador o de los jubilados podría terminar cancelando sus beneficios al inscribirse a un plan de la Parte D de Medicare.

Con la excepción de los planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account (MSA, por sus siglas en inglés)), no puede tener un plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) (Organización para el mantenimiento de la salud (Health maintenance organization ([HMO, por sus siglas en inglés](#))) o Organización de proveedores preferidos (Preferred provider organization ([PPO, por sus siglas en inglés](#))) y un plan de medicamentos independiente por separado. Su cobertura para medicamentos debe estar incluida con el plan MA que elija.

Ley para la reducción de la inflación

Los planes de la Parte D y de Medicare Advantage deberán limitar a \$35 los copagos mensuales por un suministro de insulina para 30 días. Utilice el buscador de planes de [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para comprobar si sus medicamentos para la diabetes están incluidos y para revisar otros cambios en los medicamentos recetados bajo la Ley.

Más formas de pagar los medicamentos con receta

- **Programas de descuento de los fabricantes de medicamentos o programas de asistencia para pacientes.** Algunos están disponibles si se inscribió en la Parte D y todavía no puede pagar sus medicamentos. Para obtener una lista de los programas y enlaces a las aplicaciones, visite [needymeds.org](https://www.needymeds.org) (800-503-6897).
- **Planes colectivos de salud del empleador.** Muchos planes colectivos de salud que ofrece el empleador cubren los medicamentos recetados. Consulte con su administrador de beneficios para obtener información sobre su cobertura.
- **Programa de medicamentos recetados de Oregon** (Oregon Prescription Drug Program (OPDP, por sus siglas en inglés)), un consorcio de compras al por mayor, es gratis para cualquiera que viva en Oregon. Solicítelo en <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-opdp/Pages/index.aspx>. La mayoría de las grandes cadenas farmacéuticas están incluidas en la red del consorcio de compras al por mayor. Puede tener tanto la Parte D como una tarjeta de descuento del OPDP; sin embargo, solo puede usar una para una compra. La tarjeta de descuento del OPDP no es un seguro. Llame al **800-913-4146** para inscribirse en la tarjeta de descuento.

Otros descuentos o cupones, como [GoodRX.com](https://www.goodrx.com), se encuentran disponibles en algunas ocasiones. Las tarjetas de descuento no protegen de la multa por inscripción tardía ya que no son un seguro.

Condiciones del beneficio estándar de la Parte D

Prima mensual: los planes disponen de una prima. Esta es la cantidad que paga cada mes, aunque no compre ningún medicamento recetado. Las primas de los planes independientes de medicamentos de Oregon en 2024 varían entre \$0 a \$127 mensuales.

Deducible anual: algunos planes tienen un deducible anual. Usted paga esta cantidad antes que el seguro pague su parte de los costos por sus medicamentos recetados. Dicha cantidad puede ser de hasta \$545. Después de que haya pagado el deducible de su plan, el plan paga un promedio del 75% de sus gastos por medicamentos hasta una cierta cantidad.

Periodo de beneficio inicial: cuando el plan de seguros comience a pagar los medicamentos cubiertos, usted sigue pagando un porcentaje o una cantidad de copago (como un copago de \$15 en la farmacia). Aviso: los medicamentos del nivel 3 y 4 pueden tener un costo compartido del 33% al 44%.

Interrupción de la cobertura: la reforma sanitaria ha eliminado el "periodo sin cobertura". En 2024, después que el valor total de sus medicamentos alcance los \$5,030, usted pagará el 25% del costo de los medicamentos de marca y el 25% del costo de los medicamentos genéricos. El periodo sin cobertura no se refiere a las personas que reciben [Ayuda Extra](#).

Cobertura para catástrofes: una vez que haya gastado \$8,000 de su propio bolsillo en 2024, usted quedará fuera de la [interrupción de la cobertura](#) y automáticamente recibirá la cobertura para catástrofes. A partir de 2024, no se compartirán los costos de los medicamentos una vez que entren en la Etapa 4 para catástrofes.

Ayuda extra y Programa de Ahorros de Medicare

Ayuda con la Parte D

El programa del gobierno federal, Ayuda Extra, también llamado Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy (LIS, por sus siglas en inglés)), ahorra el dinero para los beneficiarios que cumplen los requisitos en sus planes de la Parte D de Medicare.

Ayuda Extra:

- Por lo general, reduce la prima mensual a \$0.
- Elimina el deducible anual
- Limita los [copagos](#) de la farmacia, incluso para los medicamentos caros.
- Reduce los costos compartidos de la [interrupción en la cobertura](#) ("periodo sin cobertura") a no más del 15% para los medicamentos de marca y genéricos.

Debe estar inscrito en un plan de la Parte D. El nivel de asistencia depende de sus ingresos y recursos. Una vez sea aprobado para la Ayuda Extra, debe elegir un plan. Si no elige un plan, se le inscribirá automáticamente en un plan aleatorio con una prima de \$0 que puede no cubrir sus necesidades específicas.

¿Cómo puede aplicar?

- Llame a su asesor local de SHIBA al **800-722-4134** (línea gratuita)
- Llame a Oregon Medicare Savings Connect [Conexión de ahorros de Medicare en Oregon] al **855-447-0155** (línea gratuita)

Además, puede encontrar una variedad de **programas de asistencia para pacientes** en línea para obtener ayuda con los costos de los medicamentos o para enfermedades o afecciones específicas. Un excelente lugar para empezar es [needymeds.org](https://www.needymeds.org). (**800-503-6897**).

Ayuda con la prima de la Parte B y otros costos de Medicare

El Programa de ahorros Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) puede ayudarle a pagar la prima de la Parte B de Medicare, [el coaseguro](#), y el deducible según su nivel de ingresos. El MSP le da automáticamente derecho a recibir Ayuda Extra.

El programa para Personas Empleadas con Discapacidades (Employed Persons with Disabilities (EPD, por sus siglas en inglés)) ofrece ayuda financiera a las personas que tienen Medicare por discapacidad y que también trabajan. Para ver si reúne los requisitos, preséntese en su oficina local de Ancianos y Personas con Discapacidades, que es parte del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services (ODHS, por sus siglas en inglés)) o su oficina local de atención a adultos mayores y personas con discapacidades. Para encontrar su oficina local, llame al **800-282-8096** (línea gratuita) o ingrese a <https://www.oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx>.

Pregunte sobre el Programa de ahorros de Medicare, el Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary (QMB, por sus siglas en inglés)) o por el Programa para Personas Empleadas con Discapacidades (EPD, por sus siglas en inglés).

Si recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income (SSI, por sus siglas en inglés)), usted recibirá automáticamente esta ayuda financiera.


Recuperación del patrimonio: cuando fallece una persona que ha recibido servicios de Medicaid o de Asistencia general, la ley puede obligar a su patrimonio a devolver determinadas prestaciones recibidas. Esto se conoce como "recuperación del patrimonio".


- No se recupera el patrimonio para MSP (Medicaid parcial)
- No se recupera el patrimonio para Ayuda Extra
- La recuperación del patrimonio continúa para Medicaid completo
- Para obtener más información, llame a la Administración de Bienes al **800-826-5675** (línea gratuita).


Parte D: beneficio estándar, lo que paga por medicamentos


Este diagrama muestra el beneficio estándar del plan de medicamentos recetados. La cobertura empieza el 1 de enero de 2024. Los costos que se muestran a continuación se suman a cualquier prima mensual que cobre el plan de medicamentos. El valor total de \$5,030, incluye el costo del [beneficiario](#) y el pago del plan.

Beneficio estándar 2024				
1 Periodo deducible	2 Periodo de beneficio inicial	3 Interrupción de la cobertura (también conocido como "periodo sin cobertura")		4 Cobertura para catástrofes
		Medicamento de marca	Medicamento genérico	
Total del valor de los medicamentos \$5,030		5%		El plan paga el %5 Medicare paga el %95 El 100% es cubierto por Medicare y su plan
100% (\$545) máximo (puede ser menos)	El plan paga el 75% en promedio (~\$3,364)	70% de descuento del fabricante	75%	
	Coaseguro del 25% en promedio (~\$1,121)	25%	25%	
\$545	\$1,121	\$6,334		El beneficiario paga
\$8,000 TrOOP				

 **Celdas amarillas** = las cantidades en dólares que paga el miembro.

 **Celdas azules** = lo que paga el plan o Medicare.

 **Celda verde** = celdas en amarillo + celdas en azul. El cuadro verde representa la cantidad en dólares que pagan, tanto el miembro como el plan, en los primeros tres cuadrados (2 amarillos y 1 azul).

 **Celda naranja** = todos los cuadros amarillos más el cuadro rosado (amarillo + rosado = naranja). La cantidad indicada, \$8,000, incluye todo el dinero que el miembro paga (celdas amarillas) más los descuentos de los fabricantes de marca (celda rosada).

Para el 2024, el 95% del precio completo del medicamento de marca y el 25% del medicamento genérico se destina a los gastos reales extra (True Out Of Pocket ([TrOOP, por sus siglas en inglés](#))). Una vez que esta cantidad alcance \$8,000, se llega a la Etapa 4, Cobertura para catástrofes.

Planes independientes de medicamentos recetados de 2024

Nombre de la compañía matriz, contrato y números de teléfono	Nombre y número de plan	Prima	Deducible anual	Niveles exentos del deducible	Diferencia en cobertura adicional	Prima del plan con el 100% de Ayuda Extra
Aetna Medicare S5601* M - 866-235-5660 NM - 833-526-2445	SilverScript Choice (PDP) - 060	\$44.10	\$545.00		No	\$3.50
	SilverScript Plus (PDP) (E) - 061	\$89.40	\$200.00	Niveles 1 y 2	Sí	\$56.10
	SilverScript SmartSaver (PDP) (E) - 205	\$3.30	\$280.00	Nivel 1	No	\$2.70
Asuris Northwest Health S5609 M - 800-541-8981 NM - 888-369-3172	Asuris Medicare Script Basic (PDP) - 001	\$111.50	\$540.00	Niveles 1 y 2	No	\$70.90
	Asuris Medicare Script Enhanced (PDP) (E) - 002	\$127.00	\$0.00		Sí	\$86.40
Cigna-HealthSpring Rx S5617* M - 800-222-6700 NM - 800-735-1459	Cigna Secure Rx (PDP) - 148	\$39.90	\$545.00		No	\$0.00
	Cigna Extra Rx (PDP) (E) - 275	\$65.20	\$145.00	Niveles 1 y 2	Sí	\$24.60
	Cigna Saver Rx (PDP) (E) - 380	\$14.20	\$545.00	Niveles 1 y 2	No	\$14.20
Clear Spring Health S6946 M - 877-317-6082 NM - 877-317-6082	Clear Spring Health Value Rx (PDP) - 025	\$23.20	\$545.00		No	\$0.00
Humana S5884* M - 800-281-6918 NM - 800-706-0872	Humana Basic Rx Plan (PDP) - 113	\$45.40	\$545.00		No	\$4.80
	Humana Premier Rx Plan (PDP) (E) - 176	\$104.80	\$200.00	Niveles 1, 2 y 6	Sí	\$64.20
	Humana Walmart Value Rx Plan (PDP) (E) - 209	\$35.20	\$545.00	Niveles 1 y 2	Sí	\$6.30

*** Planes a nivel nacional**

(BB) = [Beneficio básico de medicamentos](#) (consulte el glosario)

(BM) = [Beneficio mejorado de medicamentos](#) (consulte el glosario)

Nomenclatura: NM: no miembro, M: miembro

Nombre de la compañía matriz, contrato y números de teléfono	Nombre y número de plan	Prima	Deducible anual	Niveles exentos del deducible	Diferencia en cobertura adicional	Prima del plan con el 100% de Ayuda Extra
Mutual of Omaha Rx S7126 M - 855-864-6797 NM - 800-961-9006	Mutual of Omaha Rx Plus (PDP) - 029	\$105.50	\$545.00		No	\$64.90
	Mutual of Omaha Rx Premier (PDP) (E) - 099	\$83.00	\$349.00	Niveles 1 y 2	No	\$42.40
	Mutual of Omaha Rx Essential (PDP) (E) - 132	\$23.00	\$545.00	Nivel 1	No	\$23.00
UnitedHealthcare S5921* M - 866-460-8854 NM - 888-867-5564	AARP Medicare Rx Basic de UHC (PDP) - 374	\$39.70	\$545.00		No	\$0.00
UnitedHealthcare S5921* M - 866-870-3470 NM - 800-753-8004	AARP Medicare Rx Walgreens de UHC (PDP) (E) - 411	\$48.80	\$410.00	Nivel 1	Sí	\$8.20
UnitedHealthcare S5820* M - 888-867-5575 NM - 888-867-5564	AARP Medicare Rx Preferred de UHC (PDP) (E) - 029	\$98.40	\$0.00		Sí	\$57.80
WellCare S4802* M - 888-550-5252 NM - 866-859-9084	Wellcare Classic (PDP) - 020	\$40.80	\$545.00		No	\$0.00
	Wellcare Value Script (PDP) (E) - 135	\$0.00	\$545.00	Niveles 1 y 2	No	\$0.00
	Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP) (E) - 233	\$78.90	\$0.00		No	\$45.80

*** Planes a nivel nacional**(BB) = [Beneficio básico de medicamentos](#) (consulte el glosario)(BM) = [Beneficio mejorado de medicamentos](#) (consulte el glosario)**Nomenclatura:** NM: no miembro, M: miembro

Medigap



Acerca de las pólizas del seguro suplementario de Medicare (Medigap)

¿Qué es Medigap?

Medigap es otro nombre para el Seguro suplementario de Medicare. Con Medicare Original, los beneficiarios de Medicare deben pagar algunos de los costos (deducibles y [coaseguros](#)) de su atención médica. Debido a estas diferencias en la cobertura de la Parte A y la Parte B, las compañías de seguros privadas proporciona pólizas del Seguro suplementario de Medicare, también conocido como "Medigap". **Debe de contar con la Parte A y la Parte B de Medicare para poder adquirir Medigap.**

Si está inscrito en Medicare Original (Parte A y Parte B) y adquiere una póliza de Medigap, Medicare pagará su parte de la reclamación, luego su póliza de Medigap pagará su parte.

Las pólizas de Medigap se denominan por letras, desde el Plan A hasta el Plan N. (No deben confundirse con las Partes A, B, C y D de Medicare; son diferentes). Los beneficios de Medigap están estandarizados por el gobierno federal y regulados por la División de Regulación Financiera (Division of Financial Regulation (DFR, por sus siglas en inglés)) de Oregon. **Una póliza de Medigap no puede realizar el pago si usted también está inscrito en un plan de Medicare Advantage.**

¿Qué ofrecen los planes suplementarios Medicare SELECT?

Básicamente, se trata de versiones limitadas del seguro Medigap estandarizado que tiene un costo menor

Los planes SELECT son casi idénticos a las pólizas normales de Medigap, pero restringen las clínicas, los médicos y los hospitales cubiertos para la atención que no es urgente ni de emergencia.

Si solo acude a los [proveedores](#) dentro de la red, un plan SELECT puede brindarle cobertura de Medigap a un costo menor. Si necesita acudir a un [especialista](#) fuera de la red, Medicare aún pagará el 80% de su cantidad predeterminada. Sin embargo, es posible que su plan SELECT no pague por el 20% restante ni los deducibles.

¿Qué es el plan suplementario Innovative Medicare?

Los planes suplementarios Medicare Innovative deben seguir las leyes federales y estatales, y deben estar claramente identificados en la póliza y en los documentos adjuntos como Seguro Suplementario de Medicare. La compañía de seguros puede ofrecer algunos beneficios adicionales sin ningún costo extra al beneficiario de Medicare. Con la aprobación de la División de Regulación Financiera de Oregon, (Division of Financial Regulation (DFR, por sus siglas en inglés)), no se pueden usar los beneficios del plan Innovative para cambiar o reducir los beneficios estandarizados, incluyendo un cambio en cualquier disposición de repartición de costos.

Los beneficios de los planes suplementarios Medicare Innovative pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

- Línea directa a servicios de enfermería
- Examen físico anual
- Atención odontológica preventiva
- Atención oftalmológica preventiva
- Examen auditivo de rutina
- Tarjeta de descuento para medicamentos

Las compañías de seguros que ofrecen el plan Innovative determinarán qué beneficios ofrecen.

Los costos de las pólizas son diferentes

La prima mensual de una misma póliza es diferente según la compañía de seguros. Entre los factores que afectan las tasas de las primas se encuentran la edad, el género, el historial médico, el consumo de tabaco, [la facturación directa](#), la transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer (EFT, por sus siglas en inglés)), el código postal y, lo más importante, el número de afiliados a la póliza del fondo de seguros.

Áreas

Cuando una compañía indica que sus tarifas varían por código postal, el grupo de afiliados que tenga esa póliza se divide en grupos más pequeños. Los grupos más pequeños pueden tener primas menos estables ya que los planes pueden aumentar las tasas una vez al año, según los pagos de las reclamaciones médicas para todo el grupo de afiliados, pero no para las personas individuales. Es posible que los planes aumenten las primas solo una vez en un periodo de 12 meses por el índice de pérdidas médicas del grupo.

Tipo

La mayoría de pólizas de Medigap disponibles en Oregon están clasificadas por edad. Esto significa que la prima de su póliza también puede aumentar cada año debido a que usted es un año mayor.

Unas pocas pólizas disponibles en Oregon tienen [clasificación por edad al momento de la emisión](#). Las pólizas de clasificación por edad al momento de la emisión nunca aumentan el costo debido al envejecimiento. Sin embargo, pueden aumentar cada año según el pago de los costos médicos dentro del grupo de afiliados.

¿Cuándo puedo comprar una póliza Medigap?

Puede solicitar una póliza Medigap en cualquier momento. Las compañías de seguros pueden examinar su historial médico ([aseguramiento](#)) y rechazar su solicitud. **Sin embargo, se le garantiza una póliza independientemente de las [afecciones preexistentes](#) durante uno de los periodos protegidos en la [página 37](#) y a continuación:**

- **Periodo de inscripción abierta para Medigap:** su periodo de inscripción abierta para Medigap inicia el día en que la Parte B de Medicare inicie y finaliza seis meses después.
- **Emisión garantizada:** ciertas circunstancias especiales desencadenan situaciones de emisión garantizada (GI, por sus siglas en inglés) En estas ocasiones, tiene derecho a comprar una póliza Medigap sin tener que realizar el proceso de [aseguramiento](#). Las medidas de protección de la GI duran hasta 63 días. Consulte la [página 37](#) para ver todas las situaciones de GI disponibles.
- **Pérdida de Medicaid:** si pierde la elegibilidad total para Medicaid o al Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés), tiene 63 días para comprar una póliza Medigap. Podría hacer esto para permitirse pagar por los tratamientos médicos costosos, como la diálisis, tratamientos de quimioterapia y administración de medicamentos por vía intravenosa o inmunosupresores.
- **Su cumpleaños:** en Oregon, si ya es titular de una póliza de Medigap, dispone de un periodo de compra de 60 días con GI que comienza 30 días antes de su cumpleaños, si quiere comparar los precios de diferentes compañías para los mismos (o menores) beneficios de Medigap bajo la [Regla del cumpleaños](#) de Oregon.

Medigap para las personas inscritas menores de 65 años

Las personas menores de 65 años que reciban Medicare debido a una discapacidad y para aquellas con ESRD (enfermedad renal terminal o insuficiencia renal aguda) tienen oportunidades adicionales para tener derechos de inscripción abierta de emisión garantizada para el seguro Medigap:

- Cuando cumplan 65 años, por seis meses
- Conserven la notificación de inscripción retroactiva de Medicare durante los primeros seis meses después de recibirla. La protección de la emisión garantizada inicia en la fecha de la notificación y termina después de seis meses.

¿Tendré que esperar para usar mi póliza de Medigap?

Las pólizas Medigap pueden tener un periodo [retrospectivo/de espera](#) por afecciones preexistentes de hasta seis meses antes que la póliza pague ciertos beneficios o antes que la póliza cubra enfermedades previamente diagnosticadas. En las páginas donde se indican las tarifas del plan, un 0/0, 6/6 o 2/6 se refiere a cuántos meses atrás la compañía busca las enfermedades preexistentes y cuántos meses usted debe esperar antes de que la póliza Medigap cubra dichas enfermedades preexistentes. No todas las pólizas de las compañías tienen periodos de espera. Los periodos retrospectivos/de espera no se imponen si usted tiene derecho a la emisión garantizada.

Periodos de espera de Medigap

¿Puedo obtener un crédito por mi cobertura anterior?

Si solicita una póliza Medigap que tenga un periodo de espera por enfermedades preexistentes en el periodo de inscripción abierta, es posible que su seguro anterior tenga derecho a un crédito.

La cobertura que solicita debe pertenecer a las siguientes opciones:

- A un programa de atención médica colectiva o individual, que incluye un plan del empleador o una póliza [COBRA](#)
- Medicare o Medicaid
- Un programa de atención médica financiado por el ejército
- Beneficios por el Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses
- Algunos planes de salud pública
- Programa de beneficios de salud para empleados del gobierno federal (Federal Employees Health Benefits (FEHB, por sus siglas en inglés))
- Un plan de beneficios médicos del Cuerpo de Paz



Consejos y sugerencias

Se estima que la explotación financiera hacia las personas mayores tiene un costo de \$2,800 y \$36,500 millones cada año. Cuide su número de Medicare, revise que sus declaraciones estén en orden y denuncie cualquier sospecha de fraude o abuso.

Cobertura Medigap fuera de los Estados Unidos

Excepto en situaciones limitadas, Medicare no paga por los servicios de atención médica que reciba fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, los planes Medicare C, D, F, F con deducible alto, G, G con deducible alto, M y N cubrirán la atención de urgencia a fuera de los Estados Unidos en determinadas circunstancias.

Los planes Medicare C, D, E, F, F con deducible alto, G, G con deducible alto, M y N pagan el 80% de los gastos facturados por determinados cuidados de urgencia, [médicamente necesarios](#), fuera de los Estados Unidos, una vez que haya cubierto el [deducible](#), más un deducible de \$250 por el año. Estas pólizas de Medigap cubren la atención de urgencia en viajes al extranjero si se inicia durante los primeros 60 días de su viaje, y si Medicare no cubre de otro modo la atención, pero lo haría si el titular de la póliza hubiera estado en Estados Unidos. La cobertura de emergencia en viajes al extranjero con las pólizas de Medigap tiene un límite de por vida de \$50,000. La intención de este beneficio no es brindar una cobertura amplia. Cuando busque un seguro de viajes, tenga en cuenta la cobertura de evacuación para poder regresar rápidamente al centro médico estadounidense más cercano para recibir atención y cobertura.

Las tarifas que se muestran en la página 43 son las tarifas iniciales al momento de la publicación. Son las tarifas más bajas disponibles en el estado e incluyen los factores, como el género, código postal, estado de no fumador o transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). Utilice la herramienta de búsqueda de planes Medigap en Medicare.gov para obtener cotizaciones individuales específicas por código postal, edad y género, o comuníquese con su asesor local de SHIBA para obtener asistencia.



Consejos y sugerencias

Haga sus preguntas

Pregúntele a su proveedor o a su plan*:

- Cuando no comprenda los gastos facturados
- Cuando crea que no recibió el servicio
- Cuando crea que el servicio no es necesario.

*Si su proveedor o plan no le ayudan, póngase en contacto con su Patrulla de Medicare para Personas Mayores al [855-673-2372](tel:855-673-2372) (línea gratuita).

Periodos de emisión garantizada y opciones de planes Medigap

Emisión garantizada	Opciones de planes Medigap
Se unió a un plan Medicare Advantage (no a un MSA) o a un Programa de cobertura total de salud para ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, por sus siglas en inglés)) cuando se escribió en Medicare por primera vez, pero en el plazo de los primeros 12 meses de inscripción al plan , desea abandonarlo (derecho de prueba). (N)	Todos los planes
Se le concede la inscripción retroactiva en Medicare debido a discapacidad. Este periodo de inscripción abierta de seis meses inicia el primer día del mes después de que reciba una notificación escrita de la inscripción retroactiva. (OR)	Todos los planes
Canceló una póliza de Medigap para inscribirse en una Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), una póliza Medicare Select, o en un programa PACE por primera vez y ahora quiere cancelar el plan MA después de menos de 12 meses de inscripción . (derecho de prueba) (N)	Para el plan original. Si no está disponible, entonces para todos los planes.
Su cobertura del plan Medicare Advantage o programa PACE termina porque el plan ya no trabaja con el programa Medicare o deja de prestar atención en su zona.* (N)	Todos los planes
La cobertura de su plan colectivo de salud del empleador (incluyendo COBRA y la cobertura para jubilados) (N), o Medicaid (OR) finaliza o cesa para proporcionar todos los beneficios médicos.	Todos los planes
Está inscrito en una póliza Medigap y la inscripción cesa debido a insolvencia de la compañía o por otra finalización involuntaria de la cobertura o de la inscripción en la póliza.	El mismo plan que la póliza actual o uno con menos beneficios
Su plan colectivo de salud del empleador, el plan de Medicare Advantage, PACE, Medigap o la cobertura médica de Medicare Select termina porque se mudó fuera del área de servicio del plan.* (N).	Todos los planes
Cancela cualquier plan, Medicare Advantage, PACE, Medicare Select, o Medigap, porque el plan cometió fraude. Por ejemplo, los materiales de mercadeo eran engañosos o no se cumplieron las normas de calidad.* (N)	Todos los planes
A su compañía de seguros Medicare Select le han cancelado la certificación, ha dejado de ofrecer el plan en su zona, ha incumplido sustancialmente una disposición significativa del contrato de la organización en relación con la persona, o ha tergiversado las disposiciones del plan.* (N)	Todos los planes
Regla de cumpleaños: es un titular actual de una póliza Medigap que desea cambiar de compañía de seguros Medigap en un plazo desde 30 días antes hasta 30 días después de su cumpleaños cada año. (OR) https://shiba.oregon.gov/Documents/4845-ins-birthday-rule-2023.pdf .	El mismo plan que la póliza actual o uno con menos beneficios
Usted tiene derecho a Medicare por discapacidad y se traslada a Oregon desde un estado que no permite emitir pólizas suplementarias de Medicare a personas menores de 65 años* (OR).	Todos los planes

* Tiene una fecha límite de 63 días para tomar medidas (N) Normativa nacional (OR) Normativa exclusiva de Oregon



Crater Lake, Oregon

Qué cubren los planes Medigap

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas.

Los planes de Medigap ayudan a pagar los [deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#) de la Parte A y la Parte B de Medicare. Estos planes estandarizados ofrecen los mismos beneficios de una compañía a otra. Los costos pueden variar según el código postal, llame para solicitar un listado de precios. La comparación de las tarifas empieza en la [página 43](#).

Diferencias de Medicare Original	A	B	*C	D	*F	*F con deducible alto	G	G con deducible alto	K	L	L	N
Reparto de costos por los hospitales — Costos compartidos del 2023 para el día 61 al 90 (\$400 al día), y para el día 91 al 150 (\$800 al día); pago completo por 365 días adicionales de por vida. Consulte la página 14 para más detalles.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coaseguro de la Parte B — Cubre el 20% del coaseguro para los servicios de la Parte B. Consulte la página 12 para más detalles.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓†
Las tres primeras pintas de sangre , por año calendario.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Cuidados paliativos — Coaseguro para la atención de relevo y otros servicios cubiertos por la Parte A.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Deducible hospitalario (Parte A) Cubre el deducible en cada periodo de beneficios . (\$1,600 en 2023)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓

* De acuerdo a la Ley de Acceso a Medicare y Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program (CHIP, por sus siglas en inglés)) de 2015, a partir del 1 de enero de 2020, los planes C, F y F con deducible alto no están disponibles para los solicitantes de Medicare "recién elegidos".

† El plan paga el coaseguro de la Parte B, con la diferencia de que usted paga hasta un copago de \$20 por consulta al médico y un copago \$50 por visita a la sala de emergencia.



Diferencias de Medicare Original	A	B	*C	D	*F	*F con deducible alto	G	G con deducible alto	K	L	L	N
Coaseguro diario del centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) — Cubre el coaseguro (\$200 por día) del día 21 al 100 cada periodo de beneficios.			✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
Deducible de la Parte B — Cubre el deducible anual. (\$226 en 2023)			✓		✓							
Exceso de cargo de la Parte B — Cubren el 15% del exceso de cargo cuando un médico o el hospital no acepta el cargo completo de Medicare como pago total.					✓	✓	✓	✓				
Atención de emergencia fuera de los Estados Unidos — Consulte la página 35 para obtener más información.			80%	80%	80%	80%	80%	80%			80%	80%
Máximo de gastos extra — Paga el 100% del coaseguro de la Parte A y la Parte B, después de haber gastado el máximo anual de gastos extra.									\$7,060	\$3,530		
Con deducible alto — Una vez que haya pagado el deducible en costos compartidos, la cobertura iniciará.						\$2,800		\$2,800				

* De acuerdo a la Ley de Acceso a Medicare y Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) de 2015, a partir del 1 de enero de 2020, los planes C, F Y F con deducible alto no están disponibles para los solicitantes de Medicare "recién elegidos".

Información de la póliza del seguro suplementario de Medicare (Medigap)

Aseguradora	Teléfono	Página web	Tipos de planes disponibles	Factores para las tarifas*
Allstate Health Solutions (National Health Ins. Co.)	855-224-6271	allstatehealth.com/medicare	A, F, FHD, G, N	Preferiblemente mujer, las tarifas varían según el código postal, DD
Cigna Life and Health Ins. Co.	855-891-9368	cigna.com/medicare/	A, F, FHD, G, N	Preferiblemente mujer, giro bancario, las tarifas varían según el código postal, DD
Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	800-264-4000	aetnaseniorproducts.com	A, B, F, FHD, G, N	Preferiblemente mujer, las tarifas varían según el código postal, DD
Everence Association, Inc.	800-348-7468	everence.com	A, F, G, L, N	Mujer no fumadora
Globe Life and Accident Ins. Co.	800-801-6831	globecaremedsupp.com	A, B, C, F, FHD, G, GHD, N	Mujer no fumadora, las tarifas varían según el código postal
GPM Health and Life Ins. Co.	877-844-1036	gpmhealthandlife.com	A, F, G, N	Mujer no fumadora, las tarifas varían según el código postal, DD
Humana Ins. Co.	800-866-0581	humana.com	A, B, C, F, FHD, G, GHD, K, L, N	Preferiblemente mujer, las tarifas varían según el código postal, DD
Lumico Life Ins. Co.	833-866-9741	lumico.com	A, F, G, N	Preferiblemente mujer, las tarifas varían según el código postal, DD
Moda Health Plan, Inc.	855-718-1767	modamedicare.com	A, F, FHD, G, GHD, N	Preferiblemente mujer
Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.)	800-667-2937	mutualofomaha.com	A, F, G, GHD, N	Mujer no fumadora, EFT, las tarifas varían según el código postal, DD

Nomenclatura: I (Innovative), S (SELECT), PAC, (Cheque preautorizado), EFT (Transferencia electrónica de fondos), FA (F con deducible alto), GA (G con deducible alto) DD, (Descuento por domicilio)

Para encontrar a un agente local de Medicare, consulte nuestra Herramienta de localización de agentes en healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx. En la **página 6** también se explica la herramienta.

*Los factores que influyen en las tarifas se explican en la **página 34** y **página 36**.

Aseguradora	Teléfono	Página web	Tipos de planes disponibles	Factores para las tarifas*
Providence Health Assurance	866-365-4324	providencemedicaresupplement.com	A, G, N	No fumador, DD
Regence BlueCross BlueShield of Oregon	844-734-3623	regence.com/medicare/plans	A, C, F, G, K, N	EFT, no fumador, DD
State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	866-855-1212	statefarm.com/insurance/health/medicare-supplemental	A, C, D, F, G, N	Mujer no fumadora, comunicarse con el agente local, las tarifas varían según el código postal
The Manhattan Life Ins. Co.	866-708-6194	manhattanlife.com/Seniors/Medicare-Supplement	A, F, G, N	Preferiblemente mujer, las tarifas varían según el código postal, DD
Tier One Ins. Co (Aflac)	866-990-2668	aflacmedicaresupplement.com	A, F, G, N	
Transamerica Life Ins. Co.	800-752-9797	transamerica.com/agent-locator	A, B, C, D, F, G, K, L, M, N	Mujer no fumadora, PAC
United American Ins. Co.	800-755-2137	unitedamerican.com/medicare-supplement-policies	A, B, C, D, F, FHD, G, GHD, K, L, N	Preferiblemente mujer
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	800-523-5800	aarpmedicaresupplement.com	A, B, C, F, G, G(S), K, L, N, N(S)	No fumador, EFT, DD
USAA Life Ins. Co.	800-515-8687	usaa.com/inet/wc/insurance-medicare-plans	A, F, G, N	No fumador, PAC
Washington National Ins. Co.	800-621-3724	washingtonnational.com	A, F, G, GHD, N	

Nomenclatura: I (Innovative), S (SELECT), PAC, (Cheque preautorizado), EFT (Transferencia electrónica de fondos), FA (F con deducible alto), GA (G con deducible alto) DD, (Descuento por domicilio)

Para encontrar a un agente local de Medicare, consulte nuestra Herramienta de localización de agentes en healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx. En la **página 6** también se explica la herramienta.

*Los factores que influyen en las tarifas se explican en la **página 34** y **página 36**.

Pólizas de Medigap según el tipo de plan

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas. Para obtener un listado de precios en tiempo real para su edad y código postal específicos, ingrese a <https://Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/> o comuníquese con su SHIBA local (consulte la página 6 para ver la información de contacto) o con el personal SHIBA de todo el estado al **800-722-4134**.

	Nombre de la aseguradora Consulte la hoja de cálculo separada para la información de 2024.	Edad en el momento de la compra					Fecha de entrada en vigencia	Periodo retrospectivo/ de espera por afecciones preexistentes	Tipo	Cuota de solicitud
		0-65	70	75	80	85				
Plan A	Allstate Health Solutions	\$178	\$189	\$219	\$254	\$293	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$242	\$272	\$331	\$393	\$467	6/1/2023	6/6	E	Ninguno
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$212	\$240	\$280	\$308	\$328	2/1/2024	0/0	E	\$20
	Everence Association, Inc.	\$167	\$181	\$190	\$201	\$210	4/1/2023	0/0	EE	Ninguno
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$134	\$182	\$194	\$197	\$197	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$276	\$303	\$367	\$432	\$494	3/1/2024	0/0	E	\$25
	Humana Insurance Co.	\$203	\$240	\$279	\$317	\$350	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Lumico Life Ins. Co.	\$170	\$193	\$232	\$264	\$292	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Manhattan Life Assurance Co.	\$184	\$202	\$237	\$283	\$338	2/1/2024	0/0	E	\$25
	Moda Health Plan, Inc.	\$121	\$143	\$170	\$191	\$209	1/1/2024	6/6	E	Ninguno
	Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.)	\$146	\$164	\$198	\$236	\$278	10/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Providence Health Assurance	\$143	\$162	\$192	\$223	\$253	4/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$156	\$179	\$216	\$253	\$291	1/1/2024	0/0	EE	Ninguno
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$112	\$141	\$164	\$184	\$192	5/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Tier One Ins. Co. (Aflac)	\$160	\$184	\$221	\$257	\$303	8/1/2023	0/0	E	\$20
	Transamerica Life Ins. Co.	\$137	\$172	\$210	\$247	\$279	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$94	\$113	\$120	\$120	\$120	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$97	\$113	\$141	\$173	\$205	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
USAA Life Ins. Co.	\$144	\$169	\$202	\$234	\$259	8/1/2023	0/0	E	Ninguno	
Washington National Ins. Co.	\$171	\$221	\$282	\$353	\$430	9/1/2023	0/0	E	Ninguno	

Nomenclatura: E - Edad cumplida, C - Comunitaria, EE - Edad al momento de la Emisión; se explicaron en la **página 34**.
Los periodos retrospectivos/de espera por afecciones preexistentes se explicaron en la **página 35**.

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas. Para obtener un listado de precios en tiempo real para su edad y código postal específicos, ingrese a <https://Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/> o comuníquese con su SHIBA local (consulte la página 6 para ver la información de contacto) o con el personal SHIBA de todo el estado al **800-722-4134**.

	Nombre de la aseguradora Consulte la hoja de cálculo separada para la información de 2024.	Edad en el momento de la compra					Fecha de entrada en vigencia	Periodo retrospectivo/ de espera por afecciones preexistentes	Tipo	Cuota de solicitud
		0-65	70	75	80	85				
Plan B	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$267	\$301	\$353	\$388	\$414	2/1/2024	0/0	E	\$20
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$197	\$261	\$289	\$295	\$295	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	Humana Insurance Co.	\$179	\$211	\$245	\$278	\$307	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Transamerica Life Ins. Co.	\$181	\$228	\$277	\$327	\$368	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$172	\$214	\$234	\$237	\$237	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$157	\$183	\$228	\$279	\$331	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
Plan C	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$227	\$292	\$335	\$354	\$354	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	Humana Insurance Co.	\$247	\$291	\$338	\$384	\$424	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$235	\$302	\$358	\$402	\$434	1/1/2024	0/0	EE	Ninguno
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$199	\$250	\$290	\$326	\$340	5/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Transamerica Life Ins. Co.	\$214	\$269	\$328	\$386	\$436	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$175	\$219	\$247	\$271	\$271	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$182	\$211	\$263	\$322	\$381	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
Plan D	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$145	\$177	\$208	\$237	\$263	5/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Transamerica Life Ins. Co.	\$168	\$211	\$257	\$303	\$342	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$169	\$216	\$246	\$271	\$271	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
Plan F	Allstate Health Solutions	\$224	\$238	\$276	\$320	\$369	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$212	\$238	\$290	\$344	\$409	6/1/2023	6/6	E	Ninguno
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$318	\$356	\$410	\$443	\$471	2/1/2024	0/0	E	\$20
	Everence Association, Inc.	\$219	\$238	\$252	\$273	\$294	4/1/2023	0/0	EE	Ninguno
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$229	\$294	\$336	\$356	\$356	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$358	\$394	\$477	\$561	\$641	3/1/2024	0/0	E	\$25

Nomenclatura: E - Edad cumplida, C - Comunitaria, EE - Edad al momento de la Emisión; se explicaron en la **página 34**.
Los periodos retrospectivos/de espera por afecciones preexistentes se explicaron en la **página 35**.

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas. Para obtener un listado de precios en tiempo real para su edad y código postal específicos, ingrese a <https://Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/> o comuníquese con su SHIBA local (consulte la página 6 para ver la información de contacto) o con el personal SHIBA de todo el estado al **800-722-4134**.

	Nombre de la aseguradora Consulte la hoja de cálculo separada para la información de 2024.	Edad en el momento de la compra					Fecha de entrada en vigencia	Periodo retrospectivo/ de espera por afecciones preexistentes	Tipo	Cuota de solicitud
		0-65	70	75	80	85				
Plan F	Humana Insurance Co.	\$258	\$304	\$353	\$401	\$443	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Lumico Life Ins. Co.	\$227	\$258	\$309	\$352	\$389	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Manhattan Life Assurance Co.	\$195	\$231	\$277	\$325	\$379	2/1/2024	0/0	E	\$25
	Moda Health Plan, Inc.	\$201	\$238	\$283	\$318	\$348	1/1/2024	6/6	E	Ninguno
	Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.)	\$218	\$244	\$296	\$352	\$416	10/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$237	\$304	\$359	\$404	\$436	1/1/2024	0/0	EE	Ninguno
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$201	\$253	\$293	\$329	\$344	5/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Tier One Ins. Co. (Aflac)	\$191	\$211	\$264	\$317	\$389	8/1/2023	0/0	E	\$20
	Transamerica Life Ins. Co.	\$215	\$271	\$330	\$389	\$438	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$204	\$255	\$288	\$315	\$315	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$183	\$212	\$264	\$324	\$383	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
	USAA Life Ins. Co.	\$167	\$195	\$232	\$269	\$297	8/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Washington National Ins. Co.	\$188	\$228	\$276	\$329	\$387	9/1/2023	0/0	E	Ninguno
Plan F con deducible alto (Plan FA)	Allstate Health Solutions	\$67	\$71	\$82	\$95	\$110	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$51	\$58	\$70	\$84	\$99	6/1/2023	6/6	E	Ninguno
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$112	\$126	\$145	\$157	\$167	2/1/2024	0/0	E	\$20
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$40	\$53	\$67	\$73	\$73	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	Humana Insurance Co.	\$53	\$63	\$73	\$83	\$91	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Moda Health Plan, Inc.	\$45	\$53	\$63	\$71	\$78	1/1/2024	6/6	E	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$29	\$38	\$48	\$52	\$52	2/1/2023	2/2	E	Ninguno

Nomenclatura: E - Edad cumplida, C - Comunitaria, EE - Edad al momento de la Emisión; se explicaron en la **página 34**.
Los periodos retrospectivos/de espera por afecciones preexistentes se explicaron en la **página 35**.

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas. Para obtener un listado de precios en tiempo real para su edad y código postal específicos, ingrese a <https://Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/> o comuníquese con su SHIBA local (consulte la página 6 para ver la información de contacto) o con el personal SHIBA de todo el estado al **800-722-4134**.

	Nombre de la aseguradora Consulte la hoja de cálculo separada para la información de 2024.	Edad en el momento de la compra					Fecha de entrada en vigencia	Periodo retrospectivo/ de espera por afecciones preexistentes	Tipo	Cuota de solicitud
		0-65	70	75	80	85				
Plan G	Allstate Health Solutions	\$190	\$202	\$234	\$272	\$313	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$160	\$180	\$219	\$260	\$309	6/1/2023	6/6	E	Ninguno
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$257	\$288	\$331	\$358	\$380	2/1/2024	0/0	E	\$20
	Everence Association, Inc.	\$155	\$167	\$179	\$191	\$199	4/1/2023	0/0	EE	Ninguno
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$201	\$266	\$309	\$329	\$329	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$283	\$311	\$376	\$443	\$506	3/1/2024	0/0	E	\$25
	Humana Insurance Co.	\$260	\$307	\$356	\$405	\$447	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Lumico Life Ins. Co.	\$171	\$195	\$233	\$266	\$294	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Manhattan Life Assurance Co.	\$161	\$183	\$222	\$264	\$309	2/1/2024	0/0	E	\$25
	Moda Health Plan, Inc.	\$159	\$187	\$223	\$251	\$275	1/1/2024	6/6	E	Ninguno
	Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.)	\$162	\$181	\$218	\$260	\$307	10/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Providence Health Assurance	\$165	\$194	\$241	\$288	\$335	4/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$193	\$221	\$267	\$313	\$360	1/1/2024	0/0	EE	Ninguno
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$145	\$177	\$209	\$237	\$263	5/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Tier One Ins. Co. (Aflac)	\$160	\$172	\$210	\$256	\$319	8/1/2023	0/0	E	\$20
	Transamerica Life Ins. Co.	\$168	\$211	\$257	\$303	\$342	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$165	\$210	\$239	\$262	\$262	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$152	\$176	\$219	\$269	\$319	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP) (Select)	\$136	\$159	\$197	\$242	\$287	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
	USAA Life Ins. Co.	\$143	\$156	\$187	\$233	\$298	8/1/2023	0/0	E	Ninguno
Washington National Ins. Co.	\$148	\$191	\$244	\$305	\$372	9/1/2023	0/0	E	Ninguno	

Nomenclatura: E - Edad cumplida, C - Comunitaria, EE - Edad al momento de la Emisión; se explicaron en la **página 34**.
Los periodos retrospectivos/de espera por afecciones preexistentes se explicaron en la **página 35**.

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas. Para obtener un listado de precios en tiempo real para su edad y código postal específicos, ingrese a <https://Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/> o comuníquese con su SHIBA local (consulte la página 6 para ver la información de contacto) o con el personal SHIBA de todo el estado al **800-722-4134**.

	Nombre de la aseguradora Consulte la hoja de cálculo separada para la información de 2024.	Edad en el momento de la compra					Fecha de entrada en vigencia	Periodo retrospectivo/ de espera por afecciones preexistentes	Tipo	Cuota de solicitud
		0-65	70	75	80	85				
Plan G con deducible alto (Plan GH)	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$40	\$53	\$67	\$73	\$73	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	Humana Insurance Co.	\$50	\$59	\$69	\$78	\$86	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Moda Health Plan, Inc.	\$42	\$49	\$59	\$66	\$73	1/1/2024	6/6	E	Ninguno
	Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.)	\$50	\$57	\$69	\$79	\$93	10/1/2023	0/0	E	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$29	\$38	\$48	\$52	\$52	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	Washington National Ins. Co.	\$37	\$44	\$53	\$64	\$75	9/1/2023	0/0	E	Ninguno
Plan K	Humana Insurance Co.	\$96	\$114	\$132	\$150	\$166	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$115	\$132	\$159	\$187	\$214	1/1/2024	0/0	EE	Ninguno
	Transamerica Life Ins. Co.	\$75	\$94	\$115	\$136	\$153	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$89	\$119	\$132	\$139	\$139	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$49	\$57	\$71	\$88	\$104	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
Plan L	Everence Association, Inc.	\$92	\$100	\$107	\$116	\$125	4/1/2023	0/0	EE	Ninguno
	Humana Insurance Co.	\$137	\$162	\$187	\$213	\$235	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Transamerica Life Ins. Co.	\$111	\$140	\$171	\$201	\$227	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$125	\$167	\$186	\$195	\$195	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$101	\$117	\$146	\$179	\$213	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
Plan M	Transamerica Life Ins. Co.	\$137	\$173	\$210	\$248	\$279	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno

Nomenclatura: E - Edad cumplida, C - Comunitaria, EE - Edad al momento de la Emisión; se explicaron en la **página 34**. Los periodos retrospectivos/de espera por afecciones preexistentes se explicaron en la **página 35**.

Aviso: a continuación se incluyen las tarifas iniciales disponibles en el momento de la publicación y no incluyen futuros ajustes de tarifas. Para obtener un listado de precios en tiempo real para su edad y código postal específicos, ingrese a <https://Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/> o comuníquese con su SHIBA local (consulte la página 6 para ver la información de contacto) o con el personal SHIBA de todo el estado al **800-722-4134**.

	Nombre de la aseguradora Consulte la hoja de cálculo separada para la información de 2024.	Edad en el momento de la compra					Fecha de entrada en vigencia	Periodo retrospectivo/ de espera por afecciones preexistentes	Tipo	Cuota de solicitud
		0-65	70	75	80	85				
Plan N	Allstate Health Solutions	\$143	\$151	\$175	\$203	\$234	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$114	\$139	\$169	\$201	\$239	6/1/2023	6/6	E	Ninguno
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$215	\$243	\$285	\$314	\$334	2/1/2024	0/0	E	\$20
	Everence Association, Inc.	\$101	\$121	\$137	\$150	\$161	4/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$139	\$184	\$216	\$234	\$234	12/1/2023	2/2	E	Ninguno
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$198	\$218	\$264	\$311	\$355	3/1/2024	0/0	E	\$25
	Humana Insurance Co.	\$141	\$166	\$193	\$219	\$242	6/1/2023	6/3	E	Ninguno
	Lumico Life Ins. Co.	\$134	\$153	\$183	\$209	\$230	3/1/2023	0/0	E	\$25
	Manhattan Life Assurance Co.	\$123	\$140	\$169	\$203	\$240	2/1/2024	0/0	E	\$25
	Moda Health Plan, Inc.	\$145	\$171	\$204	\$229	\$250	1/1/2024	6/6	E	Ninguno
	Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.)	\$125	\$140	\$171	\$205	\$242	10/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Providence Health Assurance	\$153	\$173	\$206	\$239	\$272	4/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$165	\$189	\$229	\$268	\$308	1/1/2024	0/0	EE	Ninguno
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$110	\$134	\$159	\$184	\$208	5/1/2023	0/0	E	Ninguno
	Tier One Ins. Co. (Aflac)	\$115	\$128	\$158	\$188	\$226	8/1/2023	0/0	E	\$20
	Transamerica Life Ins. Co.	\$129	\$162	\$198	\$233	\$263	5/1/2022	6/6	EE	Ninguno
	United American Ins. Co.	\$147	\$188	\$215	\$240	\$240	2/1/2023	2/2	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$119	\$138	\$172	\$211	\$250	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP) (Select)	\$111	\$129	\$161	\$197	\$233	1/1/2024	3/3	E	Ninguno
USAA Life Ins. Co.	\$118	\$138	\$164	\$190	\$210	8/1/2023	0/0	E	Ninguno	
Washington National Ins. Co.	\$114	\$147	\$189	\$236	\$287	9/1/2023	0/0	E	Ninguno	

Nomenclatura: E - Edad cumplida, C - Comunitaria, EE - Edad al momento de la Emisión; se explicaron en la **página 34**. Los periodos retrospectivos/de espera por afecciones preexistentes se explicaron en la **página 35**.

Cuadro comparativo entre Medigap y Medicare Advantage

Medicare Original de "pago por servicio" con Medigap (Ejemplo: plan G)	Punto de comparación	Medicare Advantage: HMO o PPO (planes privados de Medicare)
<p>Debe tener la Parte A y la Parte B. Es posible que las compañías se nieguen, pero deben aceptar a todos los solicitantes de todas las edades durante los periodos de inscripción abierta y emisión garantizada de Medigap. (Consulte la página 37)</p>	Elegibilidad	<p>Debe tener la Parte A y la Parte B y vivir en el área de servicio. Acepta a todos los solicitantes.</p>
<p>La prima puede variar según el género y el estado de salud, y puede aumentar con la edad. Las compañías pueden dar el seguro (añadir a la prima).</p> <p>Sin costos de copago, con algunas excepciones, en el momento del servicio. Máximo de gastos extra solo para el plan K y L.</p>	Costos: primas, copagos, coaseguros y máximo de gastos extra	<p>Todos los miembros del plan pagan la misma prima, independientemente de la edad, el género o el estado de salud. Los costos compartidos (copagos) deben pagarse para la mayoría de servicios médicos. Los planes tienen un máximo anual de gastos extra.</p>
<p>Sin red: acuda a cualquier proveedor que acepte Medicare. No se necesitan de remisiones médicas para las consultas con especialistas.</p> <p>Puede ser difícil encontrar proveedores que acepten nuevos pacientes con Medicare Original en algunas zonas.</p> <p>Puede utilizarse para tratamientos en centros médicos especializados, como Mayo Clinics, la Universidad de Salud y Ciencias de Oregon (Oregon Health and Science University (OHSU, por sus siglas en inglés)).</p>	<p>Elección y disponibilidad del proveedor</p> <p>Siempre pregunte a su proveedor qué tipo de seguro acepta.</p>	<p>Conserva las redes de proveedores; deben tener proveedores disponibles para poder aceptar nuevos miembros.</p> <p>HMOs: por lo general, solo cubren dentro de la red. Puede necesitar referencias para las consultas con los especialistas.</p> <p>PPOs: cubren dentro de la red, pero los costos pueden ser más altos. El proveedor debe aceptar facturar al plan. No se necesitan referencias.</p> <p>MSAs: sin red de proveedores. El proveedor debe aceptar facturar al plan. Brinda fondos para utilizar durante el deducible.</p>
<p>No incluye. Si desea la cobertura de medicamentos, puede inscribirse en cualquier PDP (plan de medicamentos recetados) independiente de Medicare que este disponible.</p>	<p>Cobertura de medicamentos recetados</p> <p>Asegúrese de que su plan cubra sus medicamentos, utilice medicare.gov.</p>	<p>Si quiere la cobertura de medicamentos, debe inscribirse en la cobertura de medicamentos incluida en el plan HMO o PPO (con excepción de las personas elegibles para el VA).</p> <p>Con las MSAs, puede elegir un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.</p>

Medicare Original de "pago por servicio" con Medigap (Ejemplo: plan G)	Punto de comparación	Medicare Advantage: HMO o PPO (planes privados de Medicare)
<p>Sí, está garantizada su renovación, siempre que pague la prima y la solicitud sea correcta. Los beneficios nunca cambian. No hay temporada de elecciones para Medigaps. Puede cambiar de compañía cada año al cumplir años con emisión garantizada.</p>	<p>¿Es renovable?</p>	<p>No, los beneficios cambian cada año. Sin embargo, suele permanecer en un plan a menos que cancele la inscripción en el momento de la elección o que su plan finalice en su área.</p>
<p>Solo cubre lo mismo que Medicare Original. No cuenta con servicios rutinarios dentales, de visión, excepto los planes "Innovative", no incluye medicina alternativa.</p>	<p>Extra</p>	<p>Algunos planes incluyen servicios dentales, auditivos o de la vista de rutina. Algunos ofrecen beneficios adicionales, como terapia alternativa, membresía al gimnasio, transporte médico, entrega de comidas y sistemas de alerta médica.</p>
<p>Bueno para los viajeros o "para los que huyen del invierno". Puede servir para ahorrar dinero en el caso de las personas que necesiten cuidados de alto costo o frecuentes. Permite personalizar los elementos de su plan de Medicare: escoger a sus médicos y el plan de medicamentos.</p>	<p>Para quien le resulte más conveniente</p>	<p>Los planes de la red puede ser una buena opción para las personas que no pueden encontrar un proveedor de Medicare. Puede servir para ahorrar dinero, a menos que necesite citas o tratamientos frecuentes. Disponer de un plan combinado puede simplificar las opciones.</p>
<p>Ya que las pólizas Medigap están estandarizadas, el precio y la atención al servicio son las únicas diferencias. Intente solicitar algunos planes con precios competitivos.</p>	<p>Cómo comparar precios</p>	<p>Los planes no están estandarizados. Para comparar, consulte el cuadro que inicia en la página 59 de esta guía o en el Buscador de planes en medicare.gov.</p>
<p>Regulado por la División de Regulación Financiera de Oregon. Comuníquese con un asesor de SHIBA para obtener un listado de precios basado en su información específica o ingrese a http://www.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/.</p>	<p>¿Quién lo regula?</p>	<p>Los planes están sujetos a la regulación por Medicare, los agentes con licencia por la División de Regulación Financiera de Oregon.</p>

Medicare Advantage

Planes Medicare Advantage

Las compañías de seguros privadas colaboran con Medicare para ofrecer atención coordinada y planes de seguro médico privados de pago por servicio. Medicare le paga a estos planes para que le proporcionen todos los servicios aprobados por Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), usted acepta los términos y condiciones de ese plan.

- Recibirá los mismos beneficios que en Medicare Original, pero no con las mismas tarifas de pago.
- Seguirá pagando la prima de la Parte B, más una prima para el plan (a menos que el plan tenga una prima de \$0) y [copagos](#) o [coaseguros](#) para determinados servicios.
- Los planes Medicare Advantage pueden ofrecer cobertura adicional, como exámenes físicos anuales rutinarios, servicios preventivos de visión o dental.

Los planes Medicare Advantage renuevan sus contratos de forma anual con los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, por sus siglas en inglés)). Esto significa que las pólizas no tienen garantía de renovación. Sin embargo, si se inscribe a un plan que decide no renovar su contrato con CMS, usted estaba protegido por la ley que le permite inscribirse en otro plan o comprar una póliza de [Medigap](#).

En dónde usted vive (según su código postal) muchas veces determina qué planes Medicare Advantage están disponibles para usted.

Puede consultar si un plan cubre su área al llamar a la compañía o al revisar los planes en el sitio web de Medicare, [medicare.gov](https://www.medicare.gov), o en el cuadro a partir de la [página 59](#).

¿Quién puede inscribirse a un plan Medicare Advantage?

Cualquier persona puede inscribirse a un plan si dispone de la Parte A y la Parte B y vive en el [área de servicio](#) del plan.

Periodos de elección y medidas para realizar la inscripción a Medicare Advantage

Si toma más de una medida durante cualquiera de los periodos de inscripción, Medicare tomará la última medida que reciba antes de que la [fecha de entrada en vigencia](#) finalice en el periodo de inscripción. Una vez que el plan entre en vigencia, el periodo de inscripción finaliza. Puede inscribirse, abandonar o cambiar de planes Medicare Advantage durante:

- Periodo de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) cuando es nuevo en Medicare, por lo general los tres meses anteriores, el mes que, y los tres meses posteriores a que cumpla 65 años.
- Periodo de inscripción anual (AEP, por sus siglas en inglés), del 15 de octubre al 7 de diciembre, también llamado Inscripción abierta de otoño. Inscribese en su nuevo plan, se le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

Periodo de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés)

Los periodos de inscripción especial son oportunidades para que realice cambios al plan fuera de los periodos de inscripción estándar. Estos incluyen:

- Mudarse definitivamente fuera del área de servicio del plan, y
- Tener derecho a cualquier ayuda por ingresos limitados.

Por lo general, los SEPs son 60 días, pero pueden variar. En estas ocasiones, puede usar su SEP para:

- Inscribirse a un plan Medicare Advantage diferente
- Cambiar para usar solo Medicare Original, y
- Cambia a Medicare Original y comprar un plan Medigap. Las compañías de seguro pueden solicitarle que se someta al proceso de [aseguramiento](#) a menos que tenga emisión garantizada.

SEPs clasificados por estrellas: Medicare utiliza un sistema de calificación por estrellas que se basa en las quejas que recibe. Cinco estrellas quiere decir excelente y una estrella quiere decir malo.

- SEP con cinco estrellas: puede inscribirse en un plan con cinco estrellas una vez al año, desde el 8 de diciembre al 30 de noviembre, si está disponible.
- SEP para un plan de bajo rendimiento: si está inscrito en un plan de bajo rendimiento, recibirá una carta a finales de octubre. Debe llamar al 800-MEDICARE (**800-633-4227**) o a SHIBA (**800-722-4134**) para inscribirse a otro plan.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP)

El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP, por sus siglas en inglés)) es del 1 de enero al 31 de marzo o, si es nuevo en Medicare, en los primeros tres meses que esté en un MA. Su cobertura empezará el primer día del mes siguiente a su inscripción. Debe estar inscrito en un plan MA el 1 de enero para usar periodo de inscripción.

Usted puede:

- Cambiar de planes MA (con o sin cobertura de medicamentos)
- Inscribirse en un plan independiente de la Parte D (que le permita volver a Medicare Original).

La cobertura de la Parte D no está garantizada a menos que esté inscrito en un plan MA desde el 1 de enero.

Solo puede haber un cambio durante este periodo de inscripción.

No puede cambiar de un PDP independiente a otro.

Reciba ayuda a la hora de comparar planes

Un asesor SHIBA puede ayudarle a entender las opciones y reglas de los planes, así cómo y cuándo puede realizar cambios.

Para contactar a SHIBA en su área:

- Llame al 800-722-4134 (línea gratuita)
- Visite shiba.oregon.gov, o
- Llame a 800-MEDICARE (**800-633-4227**).

¿Cómo puedo elegir un plan?

• ¿Qué planes se ofrecen en mi área?

Consulte el plan por condado a partir de la [página 59](#) para ver qué planes están disponibles para usted.

• ¿Mi doctor y hospital aceptarán el plan?

Pregunte en las oficinas de sus médicos y hospitales si están en la red de un plan que está considerando. Aunque un plan esté disponible en su área, los [proveedores](#) **no están** obligados a participar. En algunos planes, si su proveedor no es parte de la red de preferencia, tendrá que pagar más para ver a ese proveedor. Es **muy importante** saber si el plan que está considerando incluye a los médicos y hospitales de su preferencia.

Llame usted para obtener la información previamente mencionada. Las páginas web y los materiales impresos pueden ser inexactos y un agente que le quiera vender un plan puede estar mal informado.

• ¿Puedo pagar el plan?

Asegúrese de entender la cobertura, incluidas las primas y copagos. En las páginas de descripción del plan enumeran algunos de sus costos. Aquí hay algunas palabras que necesita entender:

- » **Primas:** la cantidad que paga mensualmente por un plan. Unos pocos planes tienen una prima de \$0.
- » **Deducible:** la cantidad que paga antes de que el plan comience a pagar (se aplican algunas excepciones).
- » **Máximos de gastos extra:** esto es lo máximo que tendría que pagar en un año por los servicios cubiertos, sin incluir la prima y los medicamentos de la Parte D, antes de que el plan comience a pagar el 100%.

Cuidado: no todos los servicios cubiertos pueden incluirse en el máximo de gastos extra.

- » **Copagos:** una cantidad fija que paga por un servicio
- » **Coaseguro:** un porcentaje del costo de un servicio.

Cobertura de medicamentos recetados

• ¿Quiero la cobertura de [medicamentos recetados](#) con mi plan Medicare Advantage?

La mayoría de planes [HMO/PPO](#) incluyen una cobertura integrada de medicamentos recetados ([MAPD](#)). La cobertura de medicamentos **debe** ser parte de este paquete "compartido".

Los planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés) le permiten elegir un plan independiente de medicamentos recetados.

Excepción: si dispone de una cobertura de medicamentos de VA, puede utilizarla con un plan MA solo de salud, si el plan lo permite.

¿Qué es un plan MSA de Medicare?

En 2024, Oregon no tiene ningún plan MSA. Medicare trabaja con compañías de seguro privadas para ofrecerle maneras de obtener su cobertura de atención médica. Estas compañías pueden optar por brindar un plan Medicare Advantage dirigido al consumidor, denominado plan Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Estos planes son similares a los planes de la cuenta de ahorros para la salud disponibles fuera de Medicare. Puede elegir sus servicios de atención médica y proveedores.

Los planes MSA de Medicare tienen dos partes

Los planes MSA de Medicare combinan un plan de seguro con deducible alto, con una cuenta de ahorros médicos que puede usar para pagar por sus gastos de atención médica.

- Plan de salud con deducible alto: la primera parte es un tipo especial de plan Medicare Advantage con deducible alto (Parte C). El plan comenzará a cubrir sus gastos después de alcanzar un deducible anual alto, que varía según el plan.
- Cuenta de Ahorros Médicos (MSA): la segunda parte es un tipo especial de cuenta de ahorros. El plan MSA de Medicare deposita el dinero en una cuenta especial. Puede usar el dinero de esta cuenta de ahorros para sus gastos de atención médica antes que de alcance el deducible.

Acerca de la cobertura dental de Medicare Advantage

Medicare Original **no** cubre la atención dental de rutina. Hay servicios dentales limitados que puede recibir cuando esté en el hospital, pero estos son poco comunes.

Algunos planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) incluyen cobertura dental en el plan o como una cláusula adicional. Otros planes MA optan por cubrir la [atención preventiva](#), como limpiezas y radiografías, hasta un límite máximo.

Para obtener más información, comuníquese con el plan. Comuníquese con SHIBA para obtener una lista de planes dentales independientes o para consultar otros recursos comunitarios ingrese a oregondental.org.



Consejos y sugerencias

Desconfíe de cualquier persona que le ofrezca pruebas genéticas "gratuitas" y luego le pida su número de Medicare. Si su información está en peligro, es posible que sea utilizada en otros fraudes. Un médico que conozca y en el confíe debería examinar su estado y aprobar cualquier solicitud de pruebas genéticas.

Tipos de plan Medicare Advantage:

HMO: organización para el mantenimiento de la salud

HMO-POS: HMO con opción de punto de servicio

PPO: organización de proveedores preferidos

SNP: plan para necesidades especiales

MSA: cuenta de ahorros médicos de Medicare

(Consulte el [Glosario](#) para ver las definiciones)

Planes para necesidades especiales de Medicare (SNPs) de 2024

Se tratan de planes HMO-MA especialmente diseñados con afiliación limitada a los siguientes grupos de personas:

- Aquellos que disponen de ambos, Medicare y Medicaid (elegibilidad dual), o
- Aquellos que también residen en lugares como centros de enfermería o comunidades de vida asistida, o
- Aquellos que disponen de ambos, Medicare y Medicaid (elegibilidad dual) y que están viviendo en lugares como centros de enfermería o comunidades de vida asistida, o
- Aquellos a los que se les ha diagnosticados con una enfermedad crónica específica que cumple con los requisitos para un plan diseñado para abordar esa enfermedad, por ejemplo, diabetes, enfermedades cardíacas, etc.

Elegibilidad dual (Medicaid)		
Compañía/plan	Información de contacto	Condados en los que están disponibles
AllCare Advantage H3810-023 AllCare Advantage Redwood Rx (HMO D-SNP)	No miembros y miembros 888-460-0185 ; TTY 711 allcarehealth.com	Condados de Curry, Jackson, Josephine, Glendale y Azalea en el condado de Douglas
Atrio Health Plans H3814-030 Atrio Special Needs Plan (HMO D-SNP)	No miembros y miembros 877-672-8620 ; TTY 711 atriohp.com	Douglas
Atrio Health Plans H3814-007 Atrio Special Needs Plan (HMO-D-SNP)		Klamath (algunos códigos postales)
Atrio Health Plans H5995-001 Atrio Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)		Marion y Polk
CareOregon Advantage H5859-001 CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)	No miembros y miembros 888-712-3258 ; TTY 711 careoregonadvantage.org	Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook, Washington
PacificSource Medicare PacificSource Dual Care H3864-043 (HMO D-SNP)	No miembros 866-282-8814 ; Miembros 888-530-1428 medicare.pacificsource.com	Condados de Clackamas, Crook, Deschutes, Hood River, Jefferson, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Wasco o Washington, o códigos postales 97731, 97733, 97737 y 97739 del norte de Klamath
Providence Health Assurance (H9047-043) Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	No miembros 800-603-2340 Miembros 800-603-2340 providencehealthassurance.com	Clackamas, Multnomah, Washington

Elegibilidad dual (Medicaid)

Compañía/plan	Información de contacto	Condados en los que están disponibles
Samaritan Advantage Health Plan H3811-003 Samaritan Advantage Special Needs Plan (HMO D-SNP)	No miembros y miembros 800-832-4580 ; TTY 711 medicare.samhealthplans.org	Benton, Lincoln, Linn
Wellcare by Trillium H2174-001 Wellcare Dual Select (HMO D-SNP)	No miembros 844-917-0175 , Miembros 844-867-1156 ; TTY 711 trilliumadvantage.com	Lane

Institucionales (hogares de ancianos o centros de enfermería especializada)

Compañía/plan	Información de contacto	Condados en los que están disponibles
AgeRight Advantage Health Plan H1372-001 AgeRight Advantage Health Plan (HMO I-SNP)	No miembros y miembros 844-854-6885 ; TTY 711 agerightadvantage.com	Benton, Clackamas, Jackson, Josephine, Klamath, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Washington y Yamhill
AgeRight Advantage Health Plan H1372-002 AgeRight Advantage Health Plan (HMO I-SNP)		
UnitedHealthcare H0710-036 UHC Nursing Home Plan OR-F001 (PPO I-SNP)	No miembros 888-834-3721 , Miembros 877-370-3249 ; TTY 711 uhcmedicareolutions.com	Benton, Clackamas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill
UnitedHealthcare H0710-037 UHC Care Advantage OR-E001 (PPO I-SNP)		
UnitedHealthcare H2406-033 UHC Nursing Home Plan OR-F002 (PPO I-SNP)		Clackamas, Lane, Linn, Multnomah, Washington
UnitedHealthcare H2406-049 UHC Care Advantage RI-E002 (PPO I-SNP)		Clackamas, Linn, Multnomah, Washington, Yamhill
UnitedHealthcare H3113-008 UHC Care Advantage OR-E002 (HMO-POS I-SNP)		Lane

El beneficiario debe cumplir con los requisitos de elegibilidad. Debe estar certificado como una persona que necesita asistencia para su cuidado.

Pagará una prima a menos que el beneficiario tenga derecho a Medicaid, en ese caso el estado paga por la prima.

Se pueden aplicar deducibles y copagos por servicios de salud y medicamentos para quienes no disponen de ayuda financiera.

PACE (Programa de cobertura total de salud para ancianos)

Compañía/plan	Información de contacto	Condados en los que están disponibles
AllCare PACE, LLC H0247-001 AllCare PACE - (elegibilidad dual) (PACE)	844-950-7223 allcarehealth.com	Algunos códigos postales en los condados de Josephine y Jackson (97501, 97525, 97535, 97502, 97526, 97504, 97527, 97543, 97537)
AllCare PACE, LLC H0247-002 AllCare PACE - Medicare Only (Solo para Medicare) (PACE)		
Providence Elder Place Portland H3809-001 Providence ElderPlace Portland (elegibilidad dual)	855-415-6048 providence.org/elderplace	Algunos códigos postales en los condados de Multnomah, Clatsop, Clackamas, Tillamook y Washington
Providence Elder Place Portland H3809-002 Providence ElderPlace Portland (pago particular)		
El beneficiario debe cumplir con los requisitos de elegibilidad. Debe estar certificado como una persona que necesita de un nivel de cuidado en un hogar de ancianos. Pagará una prima a menos que el beneficiario tenga derecho a Medicaid, en ese caso el estado paga por la prima. Los costos no cambian si aumentan las necesidades de atención médica / social. No hay gastos extra o deducibles. Todos los servicios médicos y sociales necesarios están cubiertos. Los servicios de quiropráctica, podología, prótesis y la acupuntura están cubiertos solo si se consideran convenientes o necesarios.		

Planes para necesidades especiales para enfermedades crónicas

Compañía/plan	Información de contacto	Condados en los que están disponibles
AgeRight Advantage Health Plan H1372-003 AgeRight Advantage Health Plan (HMO C-SNP) Trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y diabetes	No miembros y miembros 844-854-6885 ; TTY 711 agerightadvantage.com	Benton, Clackamas, Jackson, Josephine, Klamath, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Washington y Yamhill
Humana (H1036-306) Humana Gold Plus – Diabetes (HMO C-SNP)	No miembros 800-833-2364	Clackamas, Columbia, Deschutes, Jefferson, Multnomah y Washington
UnitedHealthcare H0271-036 UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP) Trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y diabetes	No miembros 800-555-5757 ; Miembros 877-370-3249 ; TTY 711 uhcmedicareolutions.com	Benton, Clackamas, Columbia, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill

Información de contacto del plan Medicare Advantage

Aseguradora	Número para no miembros	Número para miembros	TTY	Página web
Asociación estadounidense de personas jubiladas (American Association of Retired Persons (AARP, por sus siglas en inglés) de United Medicare)	800-555-5757	877-370-3249	711	aarpmedicareplans.com
Aetna Medicare	833-859-6031	833-570-6670	711	aetnamedicare.com
Ageright Advantage	844-854-6885		711	agerightadvantage.com
Allcare Advantage	888-460-0185		711	allcarehealth.com/advantage
ATRIO Health Plans	877-672-8620		711	atriohp.com
Cigna	800-313-0973	800-668-3813	711	cigna.com/medicare
Devoted Health	800-376-5889	800-338-6833	711	devoted.com
Humana	800-833-2364	800-457-4708	711	humana.com/medicare
Centros de Kaiser	877-408-3496	877-221-8221	711	kp.org/medicare
Moda Health Plan, Inc.	888-217-2375	877-299-9062	711	modahealth.com/medicare
PacificSource Medicare	866-282-8814	888-863-3637	800-735-2900	medicare.pacificsource.com
Providence Health Assurance	800-457-6064	800-603-2340	711	providencehealthplan.com/medicare
Regence BlueCross BlueShield of Oregon	844-734-3623	800-541-8981	711	regence.com/medicare
Samaritan Advantage Health Plan	800-832-4580		800-735-2900	samhealthplans.org/medicare
Summit Health	844-931-1782	844-827-2355	711	yoursummithealth.com
UnitedHealthcare	844-211-5618	800-643-4845	711	uhc.com/medicare
Wellcare	844-917-0175	844-582-5177	711	wellcare.healthnetoregon.com

Planes Medicare Advantage, por condado

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condados de Baker, Gilliam, Morrow y Wallowa									
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5525-054 (PPO)	H5525-054	PPO	\$86		\$6,700/\$12,450	\$0	\$250	Mejorado	\$44.20
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO		\$0	\$5,990/\$5,990	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	\$170		\$4,850/\$7,990	\$0	\$100	Mejorado	\$129.40
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	\$80		\$5,880/\$8,990	\$0	\$150	Mejorado	\$42.30
Summit Health Value + Rx (HMO-POS)	H2765-002	HMO	\$0		\$6,475/\$10,990	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Condado de Benton									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39		\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0		\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58		\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	\$131		\$3,000	\$0	\$0	Mejorado	\$90.40

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Benton									
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS)	H9003-006	HMO	\$46		\$4,650	\$0	\$0	Mejorado	\$5.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)	H9003-009	HMO	\$0		\$5,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	\$110		\$6,025/\$9,500	\$0	\$150	Mejorado	\$69.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	\$10.50		\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)	H3811-002	HMO	\$19		\$5,000	\$0	\$175	Mejorado	\$0.50
Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)	H3811-009	HMO	\$134		\$4,800	\$0	\$0	Mejorado	\$105.80
Samaritan Advantage Valor (HMO)	H3811-001	HMO		\$5	\$5,200	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Benton									
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0	\$0	\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0	\$0	\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139	\$139	\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116
Condados de Clackamas, Multnomah y Washington									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39	\$39	\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0	\$0	\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58	\$58	\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0	\$0	\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	\$20	\$20	\$5,600/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO		\$0	\$5,600/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	\$0	\$0	\$5,200	\$1,000	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare SmartFit Elite Plan (HMO-POS)	H2056-010	HMO	\$0	\$0	\$5,200	\$500	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	\$0	\$0	\$6,100	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plus Plan (HMO-POS)	H2056-011	HMO	\$20.70	\$20.70	\$6,100	\$0	\$400	Mejorado	\$0
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55	\$55	\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condados de Clackamas, Multnomah y Washington									
ATRIO Choice Rx (PPO)	H7006-018	PPO	\$0		\$3,600/\$3,600	\$0	\$0	Mejorado	\$0
ATRIO Freedom (PPO)	H7006-021	PPO		\$0	\$3,400/\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
ATRIO Prime Rx (PPO)	H7006-020	PPO	\$125		\$2,950/\$2,950	\$0	\$0	Mejorado	\$84.40
ATRIO Select Rx (PPO)	H7006-019	PPO	\$40.60		\$3,400/\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Cigna Preferred Medicare (HMO)	H7389-002	HMO	\$0		\$4,900	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Cigna True Choice Medicare (PPO)	H7849-055	PPO	\$0		\$5,600/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Devoted CHOICE Oregon (PPO)	H7199-001	PPO	\$0		\$5,900/\$8,950	\$0	\$225	Mejorado	\$0
Devoted CHOICE PLUS Oregon (PPO)	H7199-002	PPO	\$12		\$5,400/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Devoted CORE Oregon (HMO)	H2923-001	HMO	\$0		\$5,200	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Humana Gold Plus - Diabetes (HMO C-SNP)	H1036-306-0	HMO	\$0		\$6,900	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Humana Gold Plus H1036-153 (HMO)	H1036-153	HMO	\$0		\$5,200	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5216-247 (PPO)	H5216-247	PPO	\$0		\$6,500/\$11,000	\$0	\$125	Mejorado	\$0
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	\$131		\$3,000	\$0	\$0	Mejorado	\$90.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS)	H9003-006	HMO	\$46		\$4,650	\$0	\$0	Mejorado	\$5.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)	H9003-009	HMO	\$0		\$5,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Moda Health + Fred Meyer PPORX (PPO)	H3813-016	PPO	\$39		\$6,750/\$10,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Moda Health Elements PPORX (PPO)	H3813-019	PPO	\$0		\$5,465/\$9,550	\$0	\$225	Mejorado	\$0
Moda Health Metro PPORX (PPO)	H3813-013	PPO	\$86		\$5,090/\$8,500	\$0	\$150	Mejorado	\$45.40

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condados de Clackamas, Multnomah y Washington									
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	\$0	\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Explorer Rx 11 (PPO)	H4754-011	PPO	\$0	\$0	\$6,000/\$7,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare MyCare Choice 30 (HMO-POS)	H3864-030	HMO	\$0	\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare MyCare Choice Rx 34 (HMO-POS)	H3864-034	HMO	\$0	\$0	\$5,700/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare MyCare Rx 40 (HMO)	H3864-040	HMO	\$0	\$0	\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047-059	HMO	\$29	\$0	\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047-065	HMO	\$71	\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155	\$0	\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO	\$0	\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	H9047-037	HMO	\$0	\$0	\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047-035	HMO	\$0	\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Regence BlueAdvantage HMO (HMO)	H6237-007-1	HMO	\$0	\$0	\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Regence BlueAdvantage HMO Plus (HMO)	H6237-008-1	HMO	\$41	\$0	\$4,700	\$0	\$100	Mejorado	\$29.90
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-1	PPO	\$44	\$0	\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$16.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-1	PPO	\$166	\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$125.40

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condados de Clackamas, Multnomah y Washington									
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-1	PPO	\$0		\$6,000/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (HMO)	H6237-006	HMO		\$0	\$4,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0		\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0		\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139		\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116
Condado de Clatsop: ver todos los condados de Oregon									
Condado de Columbia									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39		\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0		\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58		\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Columbia									
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	\$20		\$5,600/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO		\$0	\$5,600/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	\$0		\$5,200	\$1,000	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare SmartFit Elite Plan (HMO-POS)	H2056-010	HMO	\$0		\$5,200	\$500	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	\$0		\$6,100	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plus Plan (HMO-POS)	H2056-011	HMO	\$20.70		\$6,100	\$0	\$400	Mejorado	\$0
Cigna Preferred Medicare (HMO)	H7389-002	HMO	\$0		\$4,900	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Cigna True Choice Medicare (PPO)	H7849-055	PPO	\$0		\$5,600/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Devoted CHOICE Oregon (PPO)	H7199-001	PPO	\$0		\$5,900/\$8,950	\$0	\$225	Mejorado	\$0
Devoted CHOICE PLUS Oregon (PPO)	H7199-002	PPO	\$12		\$5,400/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Devoted CORE Oregon (HMO)	H2923-001	HMO	\$0		\$5,200	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Humana Gold Plus - Diabetes (HMO C-SNP)	H1036-306-0	HMO	\$0		\$6,900	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Humana Gold Plus H1036-153 (HMO)	H1036-153	HMO	\$0		\$5,200	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5216-247 (PPO)	H5216-247	PPO	\$0		\$6,500/\$11,000	\$0	\$125	Mejorado	\$0
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	\$131		\$3,000	\$0	\$0	Mejorado	\$90.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS)	H9003-006	HMO	\$46		\$4,650	\$0	\$0	Mejorado	\$5.40

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Columbia									
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)	H9003-009	HMO	\$0		\$5,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Moda Health + Fred Meyer PPORX (PPO)	H3813-016	PPO	\$39		\$6,750/\$10,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Moda Health Elements PPORX (PPO)	H3813-019	PPO	\$0		\$5,465/\$9,550	\$0	\$225	Mejorado	\$0
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047-059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047-065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047-035	HMO		\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	H9047-054	HMO	\$0		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	\$10.50		\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Columbia									
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0	\$0	\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0	\$0	\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Condados de Coos y Curry									
*Disponible únicamente en el condado de Curry									
**Disponible únicamente en el condado de Coos									
AllCare Advantage Madrone Rx (HMO)*	H3810-024	HMO	\$40.60		\$8,850	N/A	\$545	Básico	\$0
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	\$88		\$5,400/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$47.40
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813-017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	\$10.50		\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Assist (HMO)**	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare No Premium (HMO)**	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Crook, Deschutes, Jefferson									
*Disponible únicamente en el condado de Deschutes									
Humana Gold Plus - Diabetes (HMO C-SNP)	H1036-306-0	HMO	\$0		\$6,900	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Humana Gold Plus H1036-219 (HMO)	H1036-219	HMO	\$88		\$2,900	\$0	\$0	Mejorado	\$88
Humana Gold Plus H2486-009 (HMO)	H2486-009	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Humana Gold Plus H2486-010 (HMO)	H2486-010	HMO	\$0		\$6,350	\$0	\$400	Mejorado	\$0
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
*Disponible únicamente en el condado de Deschutes									
Crook, Deschutes, Jefferson									
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216–294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5216-044 (PPO)	H5216–044	PPO	\$30		\$6,000/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
HumanaChoice H5216-047 (PPO)	H5216–047	PPO	\$100		\$6,700/\$10,000	\$0	\$320	Mejorado	\$99.20
Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813–010	PPO	\$90		\$5,950/\$5,950	\$0	\$150	Mejorado	\$49.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813–001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813–017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)	H3864–002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864–014	HMO	\$90		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$62.40
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)	H3864–036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864–027	HMO	\$32		\$6,200	\$0	\$399	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864–006	HMO	\$200		\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$165.70
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047–059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047–065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047–064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047–033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047–035	HMO		\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	H9047–054	HMO	\$0		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
*Disponible únicamente en el condado de Deschutes									
Crook, Deschutes, Jefferson									
Regence BlueAdvantage HMO (HMO)*	H6237-007-3	HMO	\$26		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$17.80
Regence BlueAdvantage HMO Plus (HMO)*	H6237-008-3	HMO	\$81		\$4,900	\$0	\$100	Mejorado	\$72.90
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)*	H3817-008-1	PPO	\$44		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$16.10
Regence Valiance (HMO)*	H6237-006	HMO		\$0	\$4,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Regence Valiance (PPO)*	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0		\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0

Condado de Curry: ver el condado de Coos

Condado de Deschutes: ver el condado de Crook

*Disponible únicamente en los códigos postales 97410 y 97442									
Condado de Douglas									
AllCare Advantage Focus (HMO)*	H3810-021	HMO		\$0	\$7,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
AllCare Advantage Focus Rx (HMO)*	H3810-022	HMO	\$25		\$7,950	\$0	\$295	Mejorado	\$0
AllCare Advantage Gold (HMO)*	H3810-001	HMO		\$31	\$5,900	\$200	N/A	Sin Rx	Sin Rx
AllCare Advantage Gold Rx (HMO)*	H3810-003	HMO	\$131.40		\$5,900	\$200	\$175	Mejorado	\$105.60
AllCare Advantage Madrone Rx (HMO)*	H3810-024	HMO	\$40.60		\$8,850	N/A	\$545	Básico	\$0
ATRIO Choice Rx (PPO)	H6743-007	PPO	\$0		\$3,900/\$5,900	\$0	\$100	Mejorado	\$0
ATRIO Freedom (PPO)	H6743-024-1	PPO		\$0	\$4,500/\$6,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
ATRIO Prime Rx (PPO)	H6743-023-1	PPO	\$84		\$3,850/\$5,750	\$0	\$0	Mejorado	\$43.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	\$88		\$5,400/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$47.40
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813-017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Douglas									
*Disponible únicamente en los códigos postales 97410 y 97442									
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	\$10.50		\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0		\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139		\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116
Condado de Gilliam: ver el condado de Baker									
*Disponible únicamente en el condado de Sherman									
Condados de Grant y Sherman									
Humana USAA Honor (PPO)*	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)*	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)*	H5216-294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5525-054 (PPO)*	H5525-054	PPO	\$86		\$6,700/\$12,450	\$0	\$250	Mejorado	\$44.20
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)	H3864-002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
*Disponible únicamente en el condado de Sherman									
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	\$90		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$62.40
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)	H3864-036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	\$32		\$6,200	\$0	\$399	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	\$200		\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$165.70
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO		\$0	\$5,990/\$5,990	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	\$170		\$4,850/\$7,990	\$0	\$100	Mejorado	\$129.40
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	\$80		\$5,880/\$8,990	\$0	\$150	Mejorado	\$42.30
Summit Health Value + Rx (HMO-POS)	H2765-002	HMO	\$0		\$6,475/\$10,990	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Condados de Harney, Lake, Umatilla, Union									
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO		\$0	\$5,990/\$5,990	\$0		Sin Rx	Sin Rx
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	\$170		\$4,850	\$0	\$100	Mejorado	\$129.40
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	\$80		\$5,880	\$0	\$150	Mejorado	\$42.30
Summit Health Value + Rx (HMO-POS)	H2765-002	HMO	\$0		\$6,475/\$10,990	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Condado de Hood River									
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Hood River									
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216–294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5216-048 (PPO)	H5216–048	PPO	\$200		\$6,700/\$10,000	\$0	\$545	Básico	\$159.40
Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813–010	PPO	\$90		\$5,950/\$5,950	\$0	\$150	Mejorado	\$49.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813–001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813–017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)	H3864–002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864–014	HMO	\$90		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$62.40
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)	H3864–036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864–027	HMO	\$32		\$6,200	\$0	\$399	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864–006	HMO	\$200		\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$165.70
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047–059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047–065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047–064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047–033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047–035	HMO		\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	H9047–054	HMO	\$0		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condados de Jackson y Josephine									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39		\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0		\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58		\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-004	PPO	\$42		\$6,700/\$10,000	\$0	\$150	Mejorado	\$31.20
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO		\$0	\$5,600/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-005	HMO	\$0		\$5,900	\$1,000	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare SmartFit Elite Plan (HMO-POS)	H2056-012	HMO	\$0		\$6,500	\$500	\$0	Mejorado	\$0
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
AllCare Advantage Focus (HMO)	H3810-021	HMO		\$0	\$7,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
AllCare Advantage Focus Rx (HMO)	H3810-022	HMO	\$25		\$7,950	\$0	\$295	Mejorado	\$0
AllCare Advantage Gold (HMO)	H3810-001	HMO		\$31	\$5,900	\$200	N/A	Sin Rx	Sin Rx
AllCare Advantage Gold Rx (HMO)	H3810-003	HMO	\$131.40		\$5,900	\$200	\$175	Mejorado	\$105.60
AllCare Advantage Madrone Rx (HMO)	H3810-024	HMO	\$40.60		\$8,850	N/A	\$545	Básico	\$0
ATRIO Choice Rx (PPO)	H6743-025	PPO	\$0		\$4,950/\$5,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
ATRIO Freedom (PPO)	H6743-027	PPO		\$0	\$5,900/\$7,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
ATRIO Prime Rx (PPO)	H6743-026	PPO	\$40.60		\$3,750/\$5,750	\$0	\$0	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condados de Jackson y Josephine									
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	\$88		\$5,400/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$47.40
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813-017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	\$10.50		\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0		\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139		\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116
Condado de Jefferson: ver el condado de Crook									

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
<p>Condado de Klamath</p> <p>*No está disponible en los códigos postales: 97731, 97733, 97737, 97739 y 97125; **Disponible únicamente en los códigos postales: 97731, 97733, 97737, 97739</p>									
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
ATRIO Choice Rx (PPO)*	H6743-001	PPO	\$20		\$4,950/\$6,500	\$0	\$250	Mejorado	\$0
ATRIO Freedom (PPO)*	H6743-024-3	PPO		\$0	\$4,500/\$6,500	\$110	N/A	Sin Rx	Sin Rx
ATRIO Prime Rx (PPO)*	H6743-023-3	PPO	\$104		\$3,850/\$5,750	\$0	\$0	Mejorado	\$63.40
ATRIO Select Rx (HMO)*	H3814-031	HMO	\$40.60		\$4,500	\$0	\$350	Mejorado	\$0
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	\$88		\$5,400/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$47.40
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813-017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)**	H3864-002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)**	H3864-014	HMO	\$90		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$62.40
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)**	H3864-036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)**	H3864-027	HMO	\$32		\$6,200	\$0	\$399	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)**	H3864-006	HMO	\$200		\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$165.70
<p>Condado de Lake: ver el condado de Harney</p>									

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Lane									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39		\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0		\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58		\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
ATRIO Choice Rx (PPO)	H7006-018	PPO	\$0		\$3,600/\$3,600	\$0	\$0	Mejorado	\$0
ATRIO Freedom (PPO)	H7006-021	PPO		\$0	\$3,400/\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
ATRIO Prime Rx (PPO)	H7006-020	PPO	\$125		\$2,950/\$2,950	\$0	\$0	Mejorado	\$84.40
ATRIO Select Rx (PPO)	H7006-019	PPO	\$40.60		\$3,400/\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Kaiser Permanente Senior Advantage Value Lane (HMO-POS)	H9003-008	HMO	\$0		\$3,800	\$0	\$175	Mejorado	\$0
Moda + PeaceHealth PPORX (PPO)	H3813-018	PPO	\$0		\$5,600/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	\$110		\$6,025/\$9,500	\$0	\$150	Mejorado	\$69.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)	H3864-002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)	H3864-036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Lane									
PacificSource Medicare Essentials Rx 41 (HMO)	H3864-041	HMO	\$70		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$55.30
PacificSource Medicare Explorer 8 (PPO)	H4754-008	PPO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Explorer Rx 4 (PPO)	H4754-004	PPO	\$109		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$68.40
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047-059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047-065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047-035	HMO		\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	H9047-054	HMO	\$0		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Regence BlueAdvantage HMO (HMO)	H6237-007-1	HMO	\$0		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Regence BlueAdvantage HMO Plus (HMO)	H6237-008-1	HMO	\$41		\$4,700	\$0	\$100	Mejorado	\$29.90
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-1	PPO	\$44		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$16.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-1	PPO	\$166		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$125.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-1	PPO	\$0		\$6,000/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Lane									
Regence Valiance (HMO)	H6237-006	HMO		\$0	\$4,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0		\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0		\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139		\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116
Condado de Lincoln									
Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)	H3811-002	HMO	\$19		\$5,000	\$0	\$175	Mejorado	\$0.50
Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)	H3811-009	HMO	\$134		\$4,800	\$0	\$0	Mejorado	\$105.80
Samaritan Advantage Valor (HMO)	H3811-001	HMO		\$5	\$5,200	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Condado de Linn									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39		\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58		\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Linn									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-2	HMO	\$19		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	\$20		\$5,600/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO		\$0	\$5,600/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	\$0		\$5,200	\$1,000	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare SmartFit Elite Plan (HMO-POS)	H2056-010	HMO	\$0		\$5,200	\$500	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	\$0		\$6,100	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plus Plan (HMO-POS)	H2056-011	HMO	\$20.70		\$6,100	\$0	\$400	Mejorado	\$0
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO		\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	\$36		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5216-048 (PPO)	H5216-048	PPO	\$200		\$6,700/\$10,000	\$0	\$545	Básico	\$159.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	\$131		\$3,000	\$0	\$0	Mejorado	\$90.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS)	H9003-006	HMO	\$46		\$4,650	\$0	\$0	Mejorado	\$5.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)	H9003-009	HMO	\$0		\$5,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	\$110		\$6,025/\$9,500	\$0	\$150	Mejorado	\$69.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Linn									
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)	H3811-002	HMO	\$19		\$5,000	\$0	\$175	Mejorado	\$0.50
Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)	H3811-009	HMO	\$134		\$4,800	\$0	\$0	Mejorado	\$105.80
Samaritan Advantage Valor (HMO)	H3811-001	HMO		\$5	\$5,200	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0		\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0		\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139		\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116
Condado de Malheur									
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO		\$0	\$5,000/\$5,900	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Malheur									
Humana USAA Honor (PPO)	H5216-315	PPO	\$0	\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	\$36	\$36	\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Básico	\$0
HumanaChoice H5216-044 (PPO)	H5216-044	PPO	\$30	\$30	\$6,000/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
HumanaChoice H5216-132 (PPO)	H5216-132	PPO	\$0	\$0	\$5,900/\$5,900	\$0	\$100	Mejorado	\$0
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO	\$0	\$0	\$5,990/\$5,990	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	\$170	\$170	\$4,850	\$0	\$100	Mejorado	\$129.40
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	\$80	\$80	\$5,880	\$0	\$150	Mejorado	\$42.30
Summit Health Value + Rx (HMO-POS)	H2765-002	HMO	\$0	\$0	\$6,475/\$10,990	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Condados de Marion y Polk									
*Disponible únicamente en el condado de Marion									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39	\$39	\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0	\$0	\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58	\$58	\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0	\$0	\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO	\$0	\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	\$20	\$20	\$5,600/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO	\$0	\$0	\$5,600/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	\$0	\$0	\$5,200	\$1,000	\$0	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
*Disponible únicamente en el condado de Marion									
Aetna Medicare SmartFit Elite Plan (HMO-POS)	H2056-010	HMO	\$0	\$0	\$5,200	\$500	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	\$0	\$0	\$6,100	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plus Plan (HMO-POS)	H2056-011	HMO	\$20.70		\$6,100	\$0	\$400	Mejorado	\$0
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
ATRIO Choice Rx (PPO)	H7006-007	PPO	\$0		\$4,500/\$6,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
ATRIO Prime Rx (PPO)	H7006-003	PPO	\$84		\$2,950/\$5,700	\$0	\$0	Mejorado	\$43.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	\$131		\$3,000	\$0	\$0	Mejorado	\$90.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS)	H9003-006	HMO	\$46		\$4,650	\$0	\$0	Mejorado	\$5.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)	H9003-009	HMO	\$0		\$5,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	\$110		\$6,025/\$9,500	\$0	\$150	Mejorado	\$69.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047-059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047-065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
*Disponible únicamente en el condado de Marion									
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047-035	HMO	\$0	\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	H9047-054	HMO	\$0	\$0	\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72	\$0	\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151	\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)*	H3817-011-2	PPO	\$10.50	\$0	\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	\$0	\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21	\$0	\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60	\$0	\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0	\$0	\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24	\$0	\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0	\$0	\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0	\$0	\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0	\$0	\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	\$0	\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139	\$0	\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116

Condado de Morrow: ver el condado de Baker

Condado de Multnomah: ver el condado de Clackamas

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Polk: ver el condado de Marion									
Condado de Sherman: ver el condado de Grant									
Condado de Umatilla: ver el condado de Harney									
Condado de Union: ver el condado de Harney									
Condado de Wallowa: ver el condado de Baker									
Condado de Wasco									
Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813-010	PPO	\$90		\$5,950/\$5,950	\$0	\$150	Mejorado	\$49.40
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO		\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Moda Health Value PPORX (PPO)	H3813-017	PPO	\$45		\$6,100/\$9,500	\$0	\$200	Mejorado	\$4.40
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)	H3864-002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	\$90		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$62.40
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)	H3864-036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	\$32		\$6,200	\$0	\$399	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	\$200		\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$165.70
Condado de Washington: ver el condado de Clackamas									
Condado de Wheeler									
PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)	H3864-002	HMO		\$0	\$3,950/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Wheeler									
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	\$90		\$5,500/\$8,950	\$0	\$0	Mejorado	\$62.40
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS)	H3864-036	HMO	\$0		\$6,200/\$8,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	\$32		\$6,200	\$0	\$399	Mejorado	\$0
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	\$200		\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$165.70
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047-059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047-065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047-035	HMO		\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	H9047-054	HMO	\$0		\$5,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO		\$0	\$5,990/\$5,990	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	\$170		\$4,850	\$0	\$100	Mejorado	\$129.40
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	\$80		\$5,880	\$0	\$150	Mejorado	\$42.30
Summit Health Value + Rx (HMO-POS)	H2765-002	HMO	\$0		\$6,475/\$10,990	\$0	\$200	Mejorado	\$0

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Yamhill									
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0001 (PPO)	H2406-042	PPO	\$39		\$4,500/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0002 (PPO)	H2406-070	PPO	\$0		\$5,600/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0003 (HMO-POS)	H3805-001	HMO	\$58		\$3,500	\$0	\$0	Mejorado	\$19.30
AARP Medicare Advantage de UHC OR-0004 (HMO-POS)	H3805-039-1	HMO	\$0		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
AARP Medicare Advantage Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)	H2406-073	PPO		\$0	\$6,300/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	\$20		\$5,600/\$8,950	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO		\$0	\$5,600/\$8,950	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	\$0		\$5,200	\$1,000	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare SmartFit Elite Plan (HMO-POS)	H2056-010	HMO	\$0		\$5,200	\$500	\$0	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	\$0		\$6,100	\$0	\$150	Mejorado	\$0
Aetna Medicare Value Plus Plan (HMO-POS)	H2056-011	HMO	\$20.70		\$6,100	\$0	\$400	Mejorado	\$0
AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)	H1372-003-0	HMO	\$55		\$6,500	N/A	\$300	Mejorado	\$16.90
ATRIO Choice Rx (PPO)	H7006-018	PPO	\$0		\$3,600/\$3,600	\$0	\$0	Mejorado	\$0
ATRIO Freedom (PPO)	H7006-021	PPO		\$0	\$3,400/\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
ATRIO Prime Rx (PPO)	H7006-020	PPO	\$125		\$2,950/\$2,950	\$0	\$0	Mejorado	\$84.40
ATRIO Select Rx (PPO)	H7006-019	PPO	\$40.60		\$3,400/\$4,950	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	\$131		\$3,000	\$0	\$0	Mejorado	\$90.40

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Yamhill									
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS)	H9003-006	HMO	\$46		\$4,650	\$0	\$0	Mejorado	\$5.40
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)	H9003-009	HMO	\$0		\$5,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Moda Health + Fred Meyer PPORX (PPO)	H3813-016	PPO	\$39		\$6,750/\$10,950	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Moda Health Elements PPORX (PPO)	H3813-019	PPO	\$0		\$5,465/\$9,550	\$0	\$225	Mejorado	\$0
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	\$0	\$0	\$4,500/\$4,500	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	H9047-059	HMO	\$29		\$4,700/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	H9047-065	HMO	\$71		\$4,500/\$10,000	\$0	\$0	Mejorado	\$30.40
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	H9047-064	HMO	\$155		\$3,400	\$0	\$0	Mejorado	\$114.40
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO		\$128	\$3,400	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	H9047-037	HMO	\$0		\$4,500	\$0	\$0	Mejorado	\$0
Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	H9047-035	HMO		\$0	\$4,500/\$10,000	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	\$72		\$5,700/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$44.10
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	\$151		\$5,000/\$9,550	\$0	\$0	Mejorado	\$110.40
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	\$10.50		\$6,200/\$9,550	\$0	\$200	Mejorado	\$0
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO		\$0	\$5,000/\$9,550	\$0	N/A	Sin Rx	Sin Rx

Aviso: no todos los planes aplican el deducible de medicamentos para todos los niveles de medicamentos. Consulte en [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) los detalles sobre la cobertura de medicamentos.

Nombre del plan	Plan y número de contrato	Tipo de plan	Prima con Rx	Prima sin Rx	MOOP (máximo de gastos extra) dentro de la red/dentro y fuera de la red	Deducible por salud	Deducible anual para medicamentos	Tipo de beneficio de medicamentos	Prima con el 100% de Ayuda extra
Condado de Yamhill									
UHC Complete Care OR-001A (PPO C-SNP)	H0271-036-0	PPO	\$21		\$8,850/\$13,300	\$0	\$545	Básico	\$0
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	\$16.60		\$5,600	\$0	\$380	Básico	\$0
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	\$0		\$8,850/\$13,300	N/A	\$545	Mejorado	\$0
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	\$24		\$5,900/\$5,900	\$225	\$350	Mejorado	\$8.50
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	\$0		\$5,900	\$0	\$425	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-039	HMO	\$0		\$5,600	\$0	\$250	Mejorado	\$0
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	\$0		\$3,450/\$3,450	\$0	\$300	Mejorado	\$0
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO		\$0	\$3,500/\$5,100	\$125	N/A	Sin Rx	Sin Rx
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	\$139		\$4,000/\$8,000	\$175	\$150	Mejorado	\$116

Apelaciones

Apelaciones

Los planes de Medicare Original, Medicare Advantage y de la Parte D, tienen cinco niveles de apelación. Por lo general, las diferencias radican en los plazos. Puede que hay un proceso acelerado disponible. Para obtener más detalles, ingrese a [medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals.html](https://www.medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals.html). El beneficiario, el proveedor o el representante puede iniciar el proceso de apelaciones. Incluya copias de cualquier información relacionada a su caso. Apele siempre las denegaciones.

Nivel de apelación	Medicare Parte A y Parte B	Medicare Advantage	Parte D
1	Contratista Medicare	Plan Medicare Advantage	Plan de medicamentos recetados de Medicare
2	Contratista independiente calificado	Entidad revisora independiente	
3	Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare		
4	Consejo de Apelaciones de Medicare		
5	Revisión judicial		

Proceso de apelaciones de Medicare Original

Redeterminación

- Realizado por el operador de Medicare, intermediario fiscal o el contratista administrativo de Medicare, dependiendo del caso.
 - » La información sobre las apelaciones se encuentra en la Notificación resumida de Medicare.
- 120 días para presentar la solicitud con un plazo de 60 días para su tramitación.
- Proceso acelerado:
 - » Realizado por la organización para la mejora de la calidad.
 - » Se debe realizar antes del mediodía del siguiente día calendario dentro de un plazo de 72 horas.

Reconsideración

- Realizado por un contratista independiente competente.
- 180 días para presentar la solicitud con un plazo de 60 días para su tramitación.
- Proceso acelerado:
 - » Realizado por un contratista independiente competente.
 - » Se debe realizar antes del mediodía del siguiente día calendario dentro de un plazo de 72 horas.

Juez de derecho administrativo

- Realizado por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare.
 - » La cantidad mínima en cuestión debe ser más de \$180 en 2024.
- 60 días para presentar la solicitud con un plazo de 90 días.

Consejo de Apelaciones de Medicare

- 60 días para presentar la solicitud con un plazo de 90 días para su tramitación.

Revisión judicial

- Realizada en un tribunal federal de distrito.
 - » La cantidad en cuestión debe ser más de \$1,840 en 2024.
- 60 días para presentar la solicitud.

Proceso de apelaciones de Medicare Advantage

Reconsideración

- Realizado por el plan Medicare Advantage.
- 60 días para presentar la solicitud, plazo de 30 días antes del servicio y un plazo de 60 días para el pago.
- Proceso acelerado:
 - » 60 días para presentar la solicitud, plazo de 72 horas.
 - » Las solicitudes de pago no pueden ser aceleradas.

Reconsideración de la entidad de revisión independiente

- Realizada por una entidad revisora independiente.
- Será automático si el plan mantiene la denegación, plazo de 30 días antes del servicio, plazo de 60 días para el pago.
- Proceso acelerado:
 - » 60 días para presentar la solicitud, plazo de 72 horas.
 - » Las solicitudes de pago no pueden ser aceleradas.

Juez de derecho administrativo

- Realizado por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare.
 - » La cantidad mínima en cuestión debe ser más de \$180 en 2024.
- 60 días para presentar la solicitud, no hay un plazo legal para la tramitación.

Consejo de Apelaciones de Medicare

- 60 días para presentar la solicitud, no hay un plazo legal para la tramitación.

Revisión judicial

- Realizada en un tribunal federal de distrito.
 - » La cantidad en cuestión debe ser más de \$1,840 en 2024.
- 60 días para presentar la solicitud.

Proceso de apelaciones de la Parte D

Redeterminación

- Realizado por el plan de [medicamentos recetados](#).
- 60 días para presentar la solicitud, plazo de siete días
- Proceso acelerado:
 - » 60 días para presentar la solicitud, plazo de 72 horas.

Reconsideración de la entidad de revisión independiente

- Realizada por una entidad revisora independiente.
- Tiene 60 días para presentar la solicitud, un plazo de siete días.
- Proceso acelerado:
 - » 60 días para presentar la solicitud, plazo de 72 horas.

Juez de derecho administrativo

- Realizado por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare
 - » La cantidad mínima en cuestión debe ser más de \$180 en 2024.
- 60 días para presentar la solicitud, plazo de 90 días.
- Proceso acelerado:
 - » 60 días para presentar la solicitud, plazo de 10 días.

Consejo de Apelaciones de Medicare

- 60 días para presentar la solicitud, plazo de 90 días.
- Proceso acelerado:
 - » 60 días para presentar la solicitud, plazo de 10 días.

Revisión judicial

- Realizada en un tribunal federal de distrito.
 - » La cantidad en cuestión debe ser más de \$1,840 en 2024.
- 60 días para presentar la solicitud.



Consejos y sugerencias

Aviso: los beneficios complementarios opcionales como los dentales, oftalmológicos y auditivos, están cubiertos por el proceso de apelaciones de Medicare Advantage.

Recursos y publicaciones



Puede solicitar un ejemplar gratuito de estas y otra publicaciones, o consultarlas en uno de los sitios web indicados. Los números de publicaciones de los **Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)** están entre paréntesis.

Cinco publicaciones de los CMS recomendadas por SHIBA

1. “Su guía sobre quien paga primero” (02179)
2. “Aspectos básicos de Medicare: una guía para las familias y amigos de las personas con Medicare” (11034)
3. “Selección de una Póliza Medigap: la guía para las personas con Medicare” (02110)
4. “Cobertura de Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón” (10128)
5. “Cobertura de Medicare de servicios y suministros para diabéticos” (11022)

Para solicitar las publicaciones de Medicare

- Llame a 800-MEDICARE (**800-633-4227**)
- Sitio web: [medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)

Recursos en línea

- Conexión con Recursos de Envejecimiento y Discapacidad de Oregon (Aging and Disability Resource Connection (ADRC, por sus siglas en inglés)): [adrcforegon.org](https://www.adrcforegon.org)
- Medicare Rights Center [Centro de Derechos de Medicare]: [medicarerights.org](https://www.medicarerights.org)
- Benefits Checkup: <https://oregon.benefitscheckup.org>
- Mercado de Seguros Médicos: [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)
- División de Regulación Financiera de Oregon: [dfr.oregon.gov](https://www.dfr.oregon.gov)



Consejos y sugerencias

Si alguien, además de sus proveedores de atención médica o su compañía de seguros le solicita su información de Medicare, no la proporcione.

No está obligado a proporcionar su número de Medicare para recibir información del plan por parte de un agente de seguros con licencia. Sin embargo, su número de Medicare **será** necesario para inscribirse en un plan.

Acerca de SHIBA

El programa de Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés) es parte de la oficina de Ancianos y Personas con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos de Oregon. SHIBA es parte de la red del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés). SHIP es una red estatal de asesores certificados que brindan ayuda personalizada a personas con Medicare.

El objetivo de SHIBA es ayudar a las personas a tomar decisiones informadas relacionadas con los seguros médicos al brindar asesoría confidencial y objetiva.

Comuníquese con el programa SHIBA:

- Para solicitar folletos gratuitos
- Para obtener ayuda gratuita:
 - » Presentar reclamaciones o comparar los planes Medicare Advantage, pólizas Medigap y planes de medicamentos recetados, o
 - » Entender el seguro de cuidado a largo plazo.
- Para convertirse en un asesor certificado de SHIBA.

Información de contacto

- Línea gratuita: **800-722-4134**
- Correo electrónico: shiba.oregon@odhs.oregon.gov
- Sitio web: shiba.oregon.gov.



Consejos y sugerencias

Para obtener ayuda relacionada con las solicitudes de la Ayuda Extra de la Parte D, comuníquese con contact Oregon Medicare Savings Connect al **855-447-0155** (línea gratuita)

Números de teléfono (todos son de línea gratuita)

ADRC (Conexión con Recursos de Envejecimiento y Discapacidad)	855-673-2372
Asociación Dental de Oregon	503-218-2010
Centro de coordinación de beneficios y recuperación	855-798-2627
Defensor de cuidados a largo plazo	800-522-2602
Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.....	866-487-2365
División de Regulación Financiera de Oregon	888-877-4894
HealthCare.gov (Mercado federal).....	800-318-2596
Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	877-772-5772
Junta Médica de Oregon	877-254-6263
KEPRO (Organización para la mejora de la calidad)	888-305-6759
Medicare (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto el día de Navidad).....	800-633-4227
Mercado de Seguros Médicos de Oregon.....	855-268-3767
Noridian (reclamaciones de la Parte A y la Parte B)	877-908-8431
Noridian (reclamaciones por equipo médico duradero (Durable Medical Equipment (DME, por sus siglas en inglés))	877-320-0390
Oregon Medicare Savings Connect	855-447-0155
PERS Health Insurance Program (PHIP, por sus siglas en inglés).....	800-768-7377
Plan de Salud de Oregon	800-699-9075
Seguro Social (disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.)	800-772-1213
Servicio de orientación del Colegio de Abogados del Estado de Oregon	800-452-7636

Siglas

ABN.....	Notificación anticipada al beneficiario	EOC.....	Evidencia de cobertura
ACA.....	Ley de Atención Médica Asequible	ESRD.....	Enfermedad renal terminal
ACL.....	Administración para la Vida Comunitaria	FEHB.....	Beneficios médicos para empleados del gobierno federal
AEP.....	Periodo de inscripción anual	FPL.....	Nivel federal de pobreza
ADRC.....	Conexión con Recursos de Envejecimiento y Discapacidad	GEP.....	Periodo de inscripción general
ALJ.....	Juez de derecho administrativo	GI.....	Emisión garantizada
ALS.....	Esclerosis lateral amiotrófica	HPV.....	Virus del papiloma humano
ANOC.....	Aviso de cambio anual	HIV.....	Virus de inmunodeficiencia humana
APD.....	Ancianos y Personas con Discapacidades	HMO.....	Organización para el mantenimiento de la salud
CMS.....	Centros de Servicio de Medicare y Medicaid	HMO-POS.....	HMO con punto de servicio
COBRA.....	Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria	HSA.....	Cuenta de ahorros médicos
DFR.....	Departamento de Regulación Financiera	IEP.....	Periodo de inscripción inicial
DME.....	Equipo médico duradero	IRE.....	Entidad revisora independiente
DMEPOS.....	Equipos médicos duraderos, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros	LEP.....	Multa por inscripción tardía
DOB.....	Fecha de nacimiento	LIS.....	Subsidio por ingresos bajos
EFT.....	Transferencia electrónica de fondos	LTC.....	Cuidado a largo plazo
EGHP.....	Plan colectivo de salud del empleador	MA.....	Medicare Advantage
		MA-OEP.....	Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage
		MAC.....	Contratista administrativo de Medicare

MAPD	Medicare Advantage con medicamentos recetados	QIO	Organización para la mejora de la calidad
MOOP	Máximo de gastos extra	QMB	Beneficiario calificado de Medicare
MSA	Cuenta de ahorros médicos de Medicare	RRB	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios
MSN	Notificación resumida de Medicare	RX	Receta médica
MSP	Programa de ahorros de Medicare	SEP	Periodo de inscripción especial
ODHS.....	Departamento de Servicios Humanos de Oregon	SHIBA.....	Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores
OEP	Periodo de inscripción abierta	SHIP	Programa Estatal sobre el Seguro Médico
OHP	Plan de Salud de Oregon	SLMB	(SMB/SMF) Beneficiarios especificados de bajos ingresos de Medicare
OM	Medicare Original	SMP	Patrulla de Medicare para personas mayores
OMHA.....	Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare	SNF	Centro de enfermería especializada
OPDP	Programa de medicamentos recetados de Oregon	SNP	Plan para necesidades especiales
OT	Terapia ocupacional	SSA	Administración del Seguro Social
PAC	Cheque preautorizado	SSDI.....	Seguro por Discapacidad del Seguro Social
PACE	Programa de cobertura total de salud para ancianos	SSI	Seguridad de Ingreso Suplementario
PDP	Plan de medicamentos recetados	TrOOP.....	Costos reales extra
PFFS.....	Privados de pago por servicio	TTY	Teletipo
PPO	Organización de proveedores preferidos	VA.....	Asuntos de los Veteranos
PT.....	Terapia física	VSO	Oficial de servicios a veteranos
QIC	Contratista independiente calificado		

Glosario

**ABN (Notificación anticipada al beneficiario):**

Una notificación para los beneficiarios de Medicare que les indica el costo de un elemento o servicio que Medicare puede no cubrir.

AEP (periodo de inscripción anual):

Plazo de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre, en que los beneficiarios de Medicare pueden escribirse o cancelar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o un plan Medicare Advantage. Por lo general, los cambios entran en vigencia el 1 de enero. También se le conoce "inscripción abierta de otoño".

Afecciones preexistentes:

Una afección médica diagnosticada, tratada o que necesita tratamiento antes de la compra de una póliza de seguro.

Área de servicio:

Área geográfica especificada en la que un plan de seguro ha acordado cubrir.

Áreas:

También se llaman "factores de áreas". Es así como una compañía de seguros Medigap determina las tarifas de las primas en todo el estado. Algunos dividen el estado en varias áreas (por código postal) y cada área tiene una tarifa de prima específica.

Aseguramiento:

El proceso por el que una aseguradora determina si acepta o no una solicitud de seguro y con qué criterios.

Asignación:

Método de pago para la Parte A de Medicare. El médico se compromete a aceptar la cantidad del gasto aprobado por Medicare como pago total.

Atención alternativa:

Una variedad de prácticas de atención médica terapéutica o preventiva; como la homeopatía, la naturopatía, la quiropráctica y la medicina herbaria, que pueden no seguir los métodos médicos generalmente aceptados y no tener una explicación científica para su efectividad.

Atención especializada:

Atención para una enfermedad o lesión que requiera de formación y habilidades de un profesional autorizado por prescripción médica, y que sea médicamente necesaria para la afección o enfermedad del paciente.

Atención hospitalaria:

Cuidados brindados a un paciente ingresado mientras está hospitalizado, hogar de ancianos u otra institución o de cuidados post-agudos.

Atención institucional:

Cuidados proporcionados en un hospital, hogar de ancianos especializado o de cuidados intermedios, o en otro centro certificado o autorizado por el estado que ofrezca principalmente servicios de diagnóstico, preventivos, terapéuticos, de rehabilitación, de asistencia o de atención personal.

Atención preventiva:

Atención médica destinada a prevenir que las personas se enfermen (por ejemplo, chequeos de rutina, mamografías, vacunas y pruebas de detección).

Autorización previa:

Se solicita la aprobación previa de parte del plan de seguro antes de que se puede obtener la receta. Si un medicamento tiene una autorización previa, necesita consultar con el plan y el médico que lo prescribe para obtener la aprobación antes que la farmacia pueda dispensar ese medicamento bajo el beneficio de cobertura de su plan. Ingrese al sitio web del plan para conocer los requisitos específicos y los formularios necesarios.

Ayuda Extra:

Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros. También se le conoce como "LIS".

Beneficiario:

Una persona que recibe pagos por los servicios médicos a través de una compañía de seguros.

Beneficios:

Elementos cubiertos por un plan de seguros, también denominado como cobertura.

Cancelación:

La cancelación de la inscripción de una persona en un plan de salud.

Cargo límite:

Vea "Exceso de cargo".

CHAMP VA:

Programa de Salud y Medicina Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos.

Clasificación comunitaria:

Método de clasificación de las pólizas de Medigap que asigna una sola tarifa a todas las edades y clases de personas del grupo, sin importar los factores de riesgo como la edad o estado de salud.

Clasificación por edad al momento de la emisión:

Pólizas de seguros con primas según en la edad en el momento de la compra. Las primas no aumentarán por un incremento de la edad; sin embargo, las primas pueden aumentar por otras razones.

Clasificación por edad cumplida:

Pólizas de seguro en las que las primas aumentan según la edad del asegurado.

CMS (Centros de Servicio de Medicare y Medicaid):

La división del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que administra los programas de Medicare y Medicaid.

Coaseguro:

Un porcentaje fijo que se paga servicio recibido o por receta médica.

Cobertura acreditable:

Seguro de medicamentos recetados que se considera tan bueno o mejor que la cobertura de un plan Medicare.

Cobertura para catástrofes:

La mayor cantidad de dinero que usted paga antes de que un plan de salud se haga cargo de la mayor parte o de todas las cantidades de copago.

COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria):

Ley que exige que un programa de seguros proporcione a los empleados la posibilidad de continuar la cobertura del seguro médico después de finalizado el empleo.

Copago:

Un porcentaje fijo que se paga servicio recibido o por receta médica.

Crónico:

Afección prolongada y recurrente o caracterizada por un largo sufrimiento. No se espera que una persona con una enfermedad crónica se recupere o mejore.

Deducible:

Una cantidad en dólares determinada por la póliza de una persona (incluyendo Medicare) que debe ser pagada por la persona asegurada por los servicios cubiertos antes que Medicare o la póliza del seguro comience a pagar.

Derecho de prueba:

Ha dejado una póliza Medigap para inscribirse en un plan Medicare Advantage (o para cambiar a una póliza Medicare Select) por primera vez. Lleva menos de un año en el plan y quiere volver a cambiarse.

Días de reserva de por vida:

El beneficiario tiene derecho de 60 días adicionales de reserva después que Medicare le proporcione 90 días de beneficios por hospitalización. Estos días no son renovables.

Días de reserva:

Vea "Días de reserva de por vida".

DME (equipo médico duradero):

Equipos médicamente necesarios y prescritos por un médico para su uso en el hogar, así como equipos de oxígenos, sillas de ruedas y otros equipos médicamente necesarios.

DMEPOS (Equipos médicos duraderos, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros)

Vea "DME".

EFT (transferencia electrónica de fondos):

Transferencia de fondos de una cuenta a otra realizada por computadora. También conocido como "AFT" (transferencia automática de fondos).

EGHP (Plan colectivo de salud del empleador):

Seguro médico o plan de beneficios ofrecido por un empleador.

EOC (evidencia de cobertura):

Documento del plan de seguro que proporciona detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto paga y más. También conocido como un "Certificado de beneficios".

Especialista:

El médico que tiene la experiencia y atención en un área determinada (por ejemplo, cirujano, oncólogo, dermatólogo y alergólogo).

ESRD (enfermedad renal terminal):

Una afección médica en la que los riñones de la persona ya no funcionan, necesitando diálisis o un trasplante de riñón para mantenerse vivo.

Examen físico anual:

Este no es un gasto cubierto por Medicare. Un examen anual realizado por su médico para comprobar su estado de salud general. El examen puede incluir pruebas para controlar los signos vitales como peso, presión arterial y colesterol.

Exceso de cargo:

La diferencia entre la cantidad aprobada por Medicare y el cargo límite, que no puede superar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare. También se le conoce como un "cargo límite".

Facturación directa:

Método para pagar la prima de su plan de seguros directamente al plan. La aseguradora le envía una factura o un talonario para cobrar el pago.

Farmacia de preferencia:

Una farmacia que ha negociado con un plan de seguros específico para ofrecer un costo compartido bajo en los medicamentos recetados cubiertos. Algunos gastos extra pueden ser menores para los medicamentos cubierto.

Fecha de entrada en vigencia:

La fecha en la que la póliza de seguro entre en vigencia y la cobertura comienza.

Formulario:

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de seguros.

GEP (periodo de inscripción general):

El periodo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año en el que las personas pueden inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, si no lo hicieron cuando eran elegibles por primera vez. También pueden volver a inscribirse si han suspendido sus beneficios de la Parte A y la Parte B. La cobertura entra en vigencia el 1 de julio.

GI (emisión garantizada):

Son los derechos que tiene en situaciones cuando la ley obliga a las compañías de seguros a venderle una póliza Medigap. En estas situaciones, una compañía de seguros no le puede negar una póliza por [afecciones preexistentes](#), y no pueden cobrarle de más por una póliza debido a afecciones pasadas o presentes.

HMO (organización para el mantenimiento de la salud):

Un plan Medicare Advantage en el que el miembro debe recibir atención proporcionada a través de la red de proveedores del plan. El miembro puede obtener remisiones médicas para ver a los especialistas a través de un médico de atención primaria.

IEP (periodo de inscripción inicial):

Un periodo de siete meses en torno al cumpleaños 65º del beneficiario de Medicare (mes en el que reúne los requisitos); tres meses antes, el mes de y tres meses después.

Indemnización justa:

Los empleados del gobierno federal deben proporcionar información correcta y precisa. Si la información incorrecta o inexacta recibida ha causado un perjuicio (retraso en recibir los beneficios o multas), y el cliente ha registrado el contacto, la agencia debe corregir el problema en función de la disposición de indemnización justa.

Interrupción de la cobertura:

La etapa de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en la que una mayor parte de los costos de los medicamentos son pagados por el beneficiario. También se le conoce como el "periodo sin cobertura".

Límites de cantidad:

Por razones de seguridad y costos, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos cubiertos durante un periodo determinado. Si el medicamento tiene una restricción de cantidad, comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si toma una pastilla al día y el medicamento tiene un límite de cantidad de 30 días/mes, el impacto será mínimo (es decir, es posible que no pueda reabastecer la receta hasta unos días antes de que se le acaben las pastillas). Si actualmente toma dos pastillas al día y el límite de cantidad es de 30 pastillas al mes, tiene que ponerse de acuerdo con el plan para obtener la autorización de una cantidad más alta.

LIS (Subsidio por ingresos bajos o limitados):

El programa LIS es dirigido por la Administración del Seguro Social y proporciona Ayuda Extra con los gastos por medicamentos recetados a las personas que cumplen los requisitos de ingresos y bienes. Vea "Ayuda Extra".

Lista de medicamentos preferidos:

Vea "Formulario".

LTC (Cuidado a largo plazo):

Un término general que incluye una amplia gama de servicios que atienden las necesidades de salud, médicas, personales y sociales de personas con enfermedades crónicas o prolongadas, discapacidades y trastornos cognitivos (como el Alzheimer). La prestación de los servicios atención a largo plazo (long-term care (LTC, por sus siglas en inglés)) pueden incluir la atención de enfermería especializada en un hogar de ancianos, atención médica y personal a domicilio, vida asistida, centros de atención diurna para adultos y otras opciones. Medicare no cubre LTC.

MA (Medicare Advantage):

Los planes Medicare Advantage le ofrecen beneficios de Medicare a través de compañías privadas que administra sus cuidados. Medicare paga a las compañías una cantidad fija por persona, además de que usted paga una parte de los costos mediante copagos, coaseguros, deducibles y primas. También se le conoce como "atención administrada" "Parte C" o "Medicare+Choice".

MA-OEP (Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage):

Del 1 de enero al 31 de marzo cada año. Permite a las personas inscritas en un plan MA, incluyendo a las que acaban de cumplir los requisitos para el MA, elegir por única vez otro plan MA o Medicare Original.

MAPD (Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados):

Plan Medicare Advantage que incluye un plan de la Parte D.

Medicaid:

Una asociación federal y estatal diseñada para garantizar que las personas mayores, los enfermos y desfavorecidos de Estados Unidos reciban atención. Este programa es una red de seguridad que proporciona ayuda en forma de servicios médicos para personas de bajos ingresos que se encuentran por debajo de la línea de pobreza determinada por el estado. Hay pautas estrictas sobre los ingresos y bienes utilizadas para determinar si una persona tiene derecho a Medicaid. Administrado en Oregon por el ODHS. También conocido como "Programa de ahorros de Medicare", "MA (Asistencia médica)" o "Título 19 (XIX)".

Medicamento necesario:

Servicios o suministros que se necesitan para el diagnóstico o tratamiento de una afección médica que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. También se le conoce como "razonable y necesario".

Medicamentos recetados:

Medicamento que debe tener una orden escrita de un proveedor de atención médica (receta médica) para poder ser suministrado.

Medicare Original (OM):

Parte A y Parte B de Medicare.

Medigap:

Una póliza de seguro ofrecida por compañías privadas que puede ayudar a pagar parte de los costos de atención médica después de que Medicare Original pague su parte, como copagos, coaseguros y deducibles. Los paquetes de beneficios están estandarizados y los planes se denominan por las letras del alfabeto de la A a la N. Los planes con un letra (por ejemplo, F) ofrecen cobertura idéntica, aunque las primas de las empresas puedan variar.

MOOP (Máximo de gastos extra):

La cantidad máxima de dinero para el reparto de los gastos médicos del deducible, el copago y el coaseguro que el miembro del plan MA tendría que pagar en un año calendario.

MSA (Cuenta de ahorros de Medicare):

Igual a una HSA (cuenta de ahorros para la salud), combina un plan de deducible alto con una cuenta de ahorros que se utiliza para los gastos médicos.

MSP (programa de ahorros Medicare):

Un programa de asociación federal y estatal que proporciona ayuda financiera a los beneficiarios de Medicare con los gastos extra relacionados a Medicare.

Multa por inscripción tardía:

Cantidad que se añade a su prima mensual por la Parte B o la Parte D de Medicare si los beneficiarios no se inscriben cuando son elegibles por primera vez. La multa se mantiene mientras que el beneficiario tenga Medicare, con algunas excepciones.

Nivel:

Niveles de precios relacionados a los planes de medicamentos recetados. A cada medicamento se le asigna un nivel dependiendo del tipo y el costo del mismo. El copago más bajo es el de los medicamentos genéricos, seguido por el de marcas incluidos en el formulario.

ODHS (Departamento de Servicios Humanos de Oregon):

La agencia estatal que alberga a la oficina de Ancianos y Personas con Discapacidades y otros programas de asistencia.

PAC (Cheque preautorizado):

Cheques que son autorizados por un pagador por adelantado.

Pago por servicio:

Medicare Original es un sistema de pago por servicio para los proveedores de atención médica. Se factura una cantidad por cada servicio médico prestado (visitas al consultorio, pruebas o procedimientos) que el proveedor considere médicamente necesario para el beneficiario.

PDP (Plan de medicamentos recetados):

Cobertura de medicamentos recetados que se suma a Medicare Original. Puede ser un plan independiente o parte de un plan Medicare Advantage. También conocido como "Parte D".

Periodo de beneficios:

El periodo en que los beneficios son pagaderos. Por ejemplo, en la Parte A de Medicare Original el periodo de beneficios inicia el primer día de la hospitalización y termina cuando el beneficiario ha estado fuera del hospital o del centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos.

Periodo de elección:

Periodo durante el cual una persona puede inscribirse o abandonar Medicare Original, un plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados.

Periodo de espera:

El tiempo que debe transcurrir antes de que los beneficios se paguen o antes de que las afecciones preexistentes o enfermedades específicas sean cubiertas por una póliza de seguro médico.

Periodo de inscripción abierta de Medigap (OEP):

El periodo de seis meses que inicia el mes en que se inscribió por primera vez en la Parte D, durante el cual una compañía de Medigap debe venderle una póliza sin importar su estado de salud.

Periodo de inscripción abierta de otoño:

Otro nombre para el periodo de inscripción anual (15 de octubre al 7 de diciembre). Vea "AEP".

Periodo retrospectivo:

Vea "Periodo de espera".

Periodo sin cobertura:

Consulte "Interrupción de la cobertura".

Persona inscrita:

Es una persona que tiene derecho a recibir beneficios de un plan de seguros o de una organización de atención médica administrada. También llamado "miembro" cuando se refiere a los planes Medicare Advantage.

Plan de medicamentos básico:

Un plan de la Parte D de Medicare que puede tener un deducible reducido o de \$0, puede usar copagos o coaseguros graduales y puede tener una modificación del límite de cobertura inicial. Sigue siendo equivalente, desde el punto de vista actuarial, al beneficio estándar.

Plan de medicamentos mejorado:

Plan de la Parte D de Medicare con un valor superior al de la cobertura estándar definida. El diseño del plan incluye la cobertura básica de medicamentos recetados y dispone de beneficios complementarios que pueden incluir cualquiera o todos los que se mencionan a continuación: una reducción en los costos compartidos en la "interrupción de la cobertura", una reducción en o la eliminación del deducible inicial, una reducción en el coaseguro o los copagos durante la fase de cobertura inicial, un aumento del límite de la cobertura inicial, y medicamentos complementarios.

Plan independiente de medicamentos:

Vea "PDP".

POS (Punto de servicio):

Una opción disponible en algunos planes HMO que permite al beneficiario acudir a médicos y hospitales fuera del plan por un costo adicional.

PPO (Organización de proveedores preferido):

Tipo de plan Medicare Advantage en el que los beneficiarios pagan menos si acuden a los médicos, hospitales y proveedores que pertenecen a la red. Si recurren a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red, podría haber un mayor costo para el beneficiario.

Prima:

El cargo mensual de los planes de seguros.

Proveedor:

El médico, hospital, agencia de atención médica a domicilio, centro de cuidados paliativos, centro de enfermería o terapeuta que brinda los servicios de atención médica.

Pruebas de detección:

Pruebas utilizadas para intentar detectar una enfermedad cuando hay poca o nada de evidencia de una enfermedad presunta.

Pruebas de diagnóstico:

Pruebas prescritas por un médico para proporcionar información que ayude a la hora de realizar un diagnóstico cuando se presentan síntomas.

QIC (Contratista independiente competente):

Una entidad independiente que Medicare contrata para gestionar el nivel de reconsideración de una apelación de Medicare Original (Parte A o Parte B).

QMB (Beneficiario calificado de Medicare):

Una asociación federal y estatal del Programa de ahorros Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) que brinda ayuda financiera para pagar las primas de la Parte B de Medicare así como los deducibles y coaseguros de la Parte A y Parte B. Las oficinas locales de Ancianos y Personas con Discapacidades

determinan la elegibilidad en función de los ingresos y los bienes.

Reclamación:

Una solicitud de pago por servicios médicos en virtud de las condiciones de una póliza de seguro, por lo general realizada por un proveedor o una persona asegurada.

Regla de cumpleaños:

En Oregon, si ya es titular de una póliza de Medigap, dispone de un periodo de compra de 30 días con GI que comienza en su cumpleaños, si quiere comparar los precios de diferentes compañías para los mismos (o menores) beneficios de Medigap. La regla de cumpleaños no se refiere a las pólizas para jubilados de Medigap financiadas por el empleador.

Remisión médica:

Una orden escrita de su médica de atención primaria para ver a un especialista u obtener determinados servicios médicos. En muchos HMO, el beneficiario necesita de una remisión médica antes de poder recibir atención médica de cualquier persona, excepto del médico de atención primaria. Si no tiene una remisión médica antes de la consulta, es posible que no se pague la reclamación por los servicios.

Restricciones:

Limitaciones para el acceso a medicamentos en los planes de la Parte D de Medicare. Las tres restricciones son autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad.

Rx:

Abreviación para receta médica.

Seguro suplementario:

Seguro médico privado diseñado para pagar de forma secundaria después de Medicare. También se le conoce como "Medigap".

SEP (Periodo de inscripción especial):

Un periodo de tiempo que ofrece una oportunidad para inscribirse o abandonar un plan fuera de los periodos regulares de inscripción.

SHIBA (Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores):

El programa de Oregon que utiliza su red estatal de asesores certificados que educan, ayudan y defienden a los beneficiarios de Medicare sobre sus derechos y opciones respecto al seguro médico para que ellos puedan tomar decisiones conscientes.

SHIP (Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico):

Un programa estatal nacional alcance nacional que ofrece asesoramiento y asistencia local personalizada para las personas con Medicare y sus familias. A través de subvenciones financiadas por Association for Community Living (ACL, por sus siglas en inglés) dirigidas a los estados, las SHIP ofrecen asesoramiento y ayuda gratuita a través de sesiones telefónicas y presenciales interactivas, presentaciones de educación pública y actividades en los medios de comunicación SHIBA es el SHIP de Oregon.

(SMB/SMF) Beneficiarios especificados de bajos ingresos):

Un programa de ahorros Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) de asociación federa y estatal que proporciona ayuda financiera para el pago de la prima de la parte B de Medicare. Las oficinas locales de Ancianos y Personas con Discapacidades determinan la elegibilidad en función de los ingresos y los bienes.

SMP (Patrulla de Medicare para personas mayores):

Una red nacional de voluntarios dedicada a informar a las personas mayores sobre fraudes, errores y los abusos en la atención médica, y para resolver quejas.

SNF (Centro de enfermería especializada):

Un centro en el que la atención médicamente necesaria (prescrita) es brindada por profesionales de la atención médica autorizados.

SNP (Plan para necesidades especiales):

Planes de seguros privados que brindan beneficios de Medicare, que incluye la cobertura de medicamentos a las personas que cumplen los requisitos para Medicare y Medicaid, aquellos que viven en centros de atención médica a largo plazo, aquellos que padecen afecciones crónicas graves o que producen discapacidades y que puedan reunir los requisitos para inscribirse.

SSA (Administración del Seguro Social):

Una agencia del gobierno responsable del sistema del Seguro Social.

SSDI (Seguro por discapacidad del Seguro Social):

Determinado por el Seguro Social, es un beneficio mensual para las personas que reúnen los requisitos necesarios, que no pueden trabajar durante un año o más debido a una discapacidad.

SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario):

Cantidad mensual pagada por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados con discapacidades, son ciegos o tienen 65 años o más con pocos o ningún ingreso para cubrir las necesidades básicas de alimentación, ropa y vivienda.

Suspendido:

Los planes de medicamentos recetados de Medicare e independientes que no aparecen en el Buscador de planes de Medicare hasta que Medicare emita o revise las correcciones.

Terapia escalonada:

En ocasiones, los planes piden que usted pruebe primero un medicamento para controlar su afección médica antes de cubrir un medicamento más caro para esa enfermedad. Por ejemplo, si tanto el medicamento A y el medicamento B sirven para aliviar su afección médica, el plan puede pedirle a su médico que le recete primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Si un medicamento tiene restricciones de terapia escalonada, tiene que ponerse de acuerdo con el plan y con su médico para conseguir que se haga una excepción.

Total de costos por medicamentos:

El valor total de venta al por menor de los medicamentos recetados. Incluye lo que el beneficiario paga y también lo que el plan de medicamentos paga.

TRICARE For Life:

Un programa de seguro médico ofrecido por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos para el personal militar retirado.

TRICARE:

Un programa de seguro médico ofrecido por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos para el personal militar activo.

TrOOP costos (reales de bolsillo):

La cantidad total que el beneficiario paga de gastos extra más el 50% de los medicamentos de marca en un plan de la Parte D.

TTY (Teletipo):

Servicio de retransmisión de telecomunicaciones que proporciona acceso telefónico a las personas que utilizan TTY. Agentes de retransmisión especialmente capacitados completan las llamadas y se permanecen en línea para retransmitir los mensajes por TTY y de forma verbal a las partes oyentes. Este servicio está disponible las 24 horas del día sin ninguna restricción en cuanto a la duración o el número de llamadas realizadas. También se le conoce como "TDD" (dispositivo de telecomunicaciones para sordos).



Índice



- ABN (Notificación anticipada al beneficiario) – [19](#)
- Apelaciones – [89](#), [90](#), [91](#), [96](#)
- Ayuda extra – [15](#), [26](#), [28](#), [29](#), [31](#), [93](#), [99](#), [100](#)
- Ayuda financiera – [101](#), [103](#)
- Beneficio estándar de la Parte D – [28](#), [30](#)
- Beneficios para veteranos y Medicare – [20](#)
- Cobertura dental – [54](#)
- Consultas preventivas – [18](#)
- Emisión garantizada – [22](#), [34](#), [35](#), [49](#), [50](#), [52](#), [100](#)
- Equipo médico duradero: – [98](#), [99](#)
- Fechas límite – [14](#), [24](#)
- Glosario – [97](#)
- Inscripción – [8](#), [13](#), [14](#), [15](#), [20](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [26](#), [28](#), [34](#), [35](#), [37](#), [49](#), [51](#), [52](#), [95](#), [96](#), [97](#), [98](#), [99](#), [100](#), [101](#), [103](#)
- Interrupción de la cobertura – [28](#), [30](#), [98](#)
- MA-OEP (Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage) – [101](#)
- Medicare y el Mercado de Seguros Médicos – [23](#)
- Multa por inscripción tardía – [95](#), [100](#)
- Opciones de Medicare – [8](#)
- OPDP – [28](#), [96](#)
- PACE – [37](#), [56](#), [57](#), [96](#)
- Parte A – [5](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [15](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [33](#), [39](#), [40](#), [49](#), [51](#), [89](#), [94](#), [97](#), [100](#), [102](#)
- Parte B – [5](#), [7](#), [8](#), [10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [17](#), [18](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [29](#), [33](#), [34](#), [39](#), [40](#), [49](#), [51](#), [89](#), [94](#), [97](#), [100](#), [102](#), [103](#)
- Parte D – [5](#), [7](#), [8](#), [11](#), [12](#), [15](#), [20](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [52](#), [53](#), [89](#), [91](#), [93](#), [97](#), [99](#), [100](#), [101](#), [102](#), [103](#), [105](#)
- Periodo de inscripción especial – [52](#)
- Periodo sin cobertura – [28](#), [28](#), [29](#), [96](#)
- Periodos de espera de Medigap – [35](#)
- Periodos de inscripción y fechas límite – [14](#)
- Planes para los jubilados y Medicare – [21](#)
- Planes para necesidades especiales – [55](#)
- Programa de ahorros de Medicare – [29](#), [101](#), [102](#), [103](#)
- Recuperación del patrimonio – [29](#)
- Recursos y publicaciones – [92](#)
- Regla del cumpleaños – [37](#)
- Restricciones – [17](#), [26](#), [103](#)
- Servicios preventivos – [10](#)
- SHIBA (Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores) – [5](#), [6](#), [12](#), [21](#), [23](#), [24](#), [26](#), [28](#), [29](#), [50](#), [52](#), [54](#), [92](#), [93](#), [102](#), [103](#)
- Subsidio por ingresos bajos – [29](#)
- Suministros para la diabetes – [10](#)



Hermoso sendero en Oregon





500 Summer St. NE, E-12
Salem, Oregon 97301
shiba.oregon.gov



***El primer contacto
para obtener
información y
recursos relacionados
con el envejecimiento
o la vida con una
discapacidad.***

¿Cómo puede ADRC ayudarle?

La Conexión con Recursos de Envejecimiento y Discapacidad de Oregon proporciona información y servicios de remisiones para adultos mayores, personas con discapacidad y sus familias y proveedores de atención, sin importar sus ingresos. Con una base de datos de investigación a nivel estatal, los residentes de Oregon pueden informarse con más de 6,000 recursos a través de www.ADRCofofOregon.org o llame al número de línea gratuita: 1-855-ORE-ADRC (**1-855-673-2372**).



Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con el programa de Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés) al **800-722-4134** o en shiba.oregon@odhs.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede marcar al 711.