

Sección 1

Introducción al resumen de beneficios de **Providence Medicare Choice (HMOPOS)**

Enero 1, 2010 – diciembre 31, 2010
Portland Metro, Willamette Valley y Condado de Clark

Le agradecemos su interés en Providence Medicare Choice (HMOPOS). Nuestro plan se ofrece a través de *PROVIDENCE HEALTH PLAN*, una organización Medicare Advantage *Health Maintenance Organization* ('HMO' por sus siglas en inglés), con opción de punto-de-servicio ('POS' por sus siglas en inglés). El presente resumen de beneficios muestra algunas características del plan; no contiene todos los servicios que cubrimos ni lista cada limitación o exclusión. Para obtener el listado completo de los beneficios que brindamos, favor de llamar a Providence Medicare Choice (HMOPOS) y pida la "Evidencia de cobertura".

PARA EL CUIDADO DE SU SALUD, USTED TIENE ALTERNATIVAS

Como beneficiario de Medicare, puede usted escoger entre distintas opciones. Una de tales opciones es el plan Original Medicare (cuota-por-servicio). Otras son los planes de salud Medicare Health Plan, tales como Providence Medicare Choice (HMOPOS). Puede incluso tener otras opciones –usted elige. No importa lo que decida, como sea queda en el programa Medicare.

Se puede inscribir en, o dejar, un plan sólo durante ciertos períodos. Para mayores informes llame por favor a Providence Medicare Choice (HMOPOS) al teléfono que aparece al fin de esta introducción o bien, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para usuarios TTY al: 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Se pueden comparar los planes Providence Medicare Choice (HMOPOS) y Original Medicare Plan mediante este resumen de prestaciones. Los cuadros en este folleto listan algunos de los beneficios más destacados de la salud. Para cada uno de estos beneficios se ve lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que brinda el plan Original Medicare. Asimismo, ofrecemos más beneficios los cuales pueden cambiar año con año.

¿DÓNDE SE PUEDE USAR EL PLAN PROVIDENCE MEDICARE CHOICE (HMOPOS)?

Entre las áreas de servicio del plan: Condados de Clackamas, Columbia, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill de Oregon; y el Condado de Clark en Washington. Para inscribirse debe vivir en estas áreas.

¿QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA AFILIARSE EN PROVIDENCE MEDICARE CHOICE (HMOPOS)?

Se puede inscribir en Providence Medicare Choice (HMOPOS) si se es elegible para Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, por lo general la gente con enfermedad renal en etapa final no es elegible para inscribirse en el plan Providence Medicare Choice (HMOPOS) a menos que sean miembros de nuestra organización y lo han sido desde que empezó su diálisis.

¿PUEDO ESCOGER A MIS DOCTORES?

Providence Medicare Choice (HMOPOS) ha formado una red de doctores, especialistas y hospitales; puede acudir a cualquiera de los doctores que sea parte de esta red. En algunos casos, también puede acudir a un doctor fuera de la red. Los proveedores de atención médica de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede pedir un Directorio actualizado de proveedores o bien, ver la lista en: www.providence.org/healthplans. El teléfono de nuestro Servicio de atención al cliente aparece al final de esta introducción.

Sección 1

¿QUÉ SUCEDE SI ACUDO A UN MÉDICO QUE NO ES PARTE DE SU RED?

Puede acudir a doctores, especialistas u hospitales dentro o fuera de la red. Puede ser que tenga que pagar más por los servicios prestados fuera de la red y tal vez tenga que acatar normas especiales antes de recibir atención dentro de y/o fuera de la red. Para más información, favor de llamar al Servicio de atención al cliente; Tel. al final de esta introducción.

¿CUBRE MI PLAN LOS MEDICAMENTOS MEDICARE DE LA PARTE B Ó DE LA PARTE D?

El plan Providence Medicare Choice (HMOPOS) cubre medicamentos Medicare de la Parte B. Providence Medicare Choice (HMOPOS) NO cubre medicinas Medicare de la Parte D.

¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS SE CUBREN BAJO LA PARTE B DE MEDICARE?

La Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos de paciente ambulatorio. Entre estos se incluyen, mas no se limitan, a los siguientes tipos de fármacos. Comuníquese con Providence Medicare Choice (HMOPOS) para pedir detalles.

- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente instruida (puede ser el paciente) bajo supervisión del doctor.
- Fármacos para osteoporosis: medicinas inyectables para osteoporosis en ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoietina (Epoetin alpha o Epogen®): por inyección en caso de tener enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere ya sea de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación hemofílica: factores de coagulación auto administrados si tiene hemofilia.
- Fármacos inyectables: la mayoría de medicamentos inyectables administrados e

incidentes a los servicios de un médico.

- Fármacos inmunosupresivos: medicina de terapia inmunosupresiva para pacientes de trasplante si dicho trasplante fue pagado por Medicare, o por seguro privado que pagó como paga primaria la cobertura Medicare Parte A, en una localidad certificada de Medicare.
- Algunos fármacos orales para cáncer, de haber disponible el mismo medicamento en presentación inyectable.
- Fármacos orales anti náusea si es usted parte de un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.
- Fármacos de inhalación e infusión proporcionados a través de equipo médico durable ('DME' en inglés).

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO CON ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare Advantage han acordado continuar en el programa por un año completo a la vez. Cada año, los planes deciden si van a continuar otro año. Aun cuando un plan Medicare Advantage dejara el programa, usted no pierde cobertura de Medicare. Si algún plan decide no seguir, se le tendrá que enviar una carta al menos 60 días antes de que se le termine su cobertura; dicha carta le explicará sus opciones de cobertura Medicare en su área.

Como miembro de Providence Medicare Choice (HMOPOS), tiene usted el derecho de pedir una determinación de organización, lo cual incluye el derecho de presentar una apelación en caso de que le neguemos cobertura de un artículo o servicio, así como el derecho de presentar un agravio. Tiene el derecho de pedir una determinación de organización si desea que le proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que crea usted debe ser cubierto. Si negamos la cobertura del artículo o del servicio que ha pedido, tiene el derecho de apelar y de pedirnos que revisemos nuestra decisión. Nos puede pedir una determinación o apelación expedita (rápida) de cobertura si considera usted que esperar una decisión pudiera ponerle en serio riesgo su vida o su salud, o que le afectara su capacidad de recuperar plenamente su función. Si su doctor solicita o apoya la petición

Sección 1

expedita, nosotros tendremos que expedir nuestra decisión. Por último, tiene el derecho de presentarnos un agravio si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con uno de nuestros proveedores de la red que no tenga que ver con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema se relaciona con la calidad de atención médica, tiene el derecho de presentar un agravio ante la Organización de mejoras de calidad ('QIO', por sus siglas en inglés) de Acumentra Health en su estado: 1-800-785-0411.

CALIFICACIÓN DE LOS PLANES

El programa Medicare califica qué tan bien funcionan los planes bajo diferentes categorías (por ej., para detectar y prevenir enfermedades, calificación por parte de los pacientes y del Servicio de atención al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas del sitio www.medicare.gov, luego seleccionar "*Compare Medicare Prescription Drug Plans*" (es decir, compare los planes Medicare de medicamentos de receta), o "*Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area*" (compare los planes médicos y pólizas de Medigap en su área). Puede también llamarnos directamente al: (800) 603-2340 para obtener una copia de las calificaciones del plan. Usuarios TTY llamar al: (888) 244-6642.

Si ya es miembro, puede llamar sin cargo al: (800) 603-2340 para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. Usuarios TTY/TDD: (888) 244-6642.

Candidatos a ser miembros, pueden llamar sin cargo al: (800) 457-6064 para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. Usuarios TTY/TDD: (888) 244-6642.

Favor de llamar a *Providence Health Plan* para más información sobre Providence Medicare Choice (HMOPOS).

Visítenos en: www.providence.org/healthplans o bien, llámenos:

Del 15 de noviembre, 2009 hasta el 31 de marzo, 2010 diariamente de 8 a.m. a 8 p.m. (Pacífico).

Del día 1 de abril, 2010 hasta el 14 de noviembre, 2010 el Servicio de atención al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (Pacífico) para preguntas acerca de sus beneficios del plan médico (Parte C).

Miembros actuales deben llamar al (800) 603-2340 para preguntas relacionadas con el programa Medicare de la Parte D, medicamentos de receta. (TTY/TDD (888) 244-6642)

Candidatos a ser miembros deben llamar al (800) 457-6064 para preguntas relacionadas con el programa Medicare de la Parte D, medicamentos de receta. (TTY/TDD (888) 244-6642)

Para más información sobre Medicare, llame por favor a Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY llamar al 1-877-486-2048. Se puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. O bien, visite en Internet: www.medicare.gov.

Si tiene necesidades especiales, el presente documento tal vez esté disponible en otros formatos.

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 – La prima y otra información importante.</p>	<p>En 2010 la prima mensual de la Parte B es \$110.50 y la cantidad del deducible anual de la Parte B es de \$155.</p> <p>Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores, lo cual significa que usted pata más.</p> <p>La mayoría de la gente paga la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, a partir del día 1 de enero del 2010, algunas personas pagarán una prima más elevada debido a sus ingresos anuales (más de \$85,000 para solteros; \$170,000 para parejas casadas). Para más información acerca de las primas de la Parte B en base a los sueldos, llame al Seguro Social: (800) 772-1213. Usuarios TTY: (800) 325-0778.</p>	<p>General</p> <p>Prima mensual de \$32 aparte de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Límite de gastos de bolsillo de \$3,400.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Este límite es sólo para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Este límite es sólo para servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>2 – Selección de médico y de hospital</p> <p>(Para más información, véase #16, 'Emergencias'; y #17, 'Atención de necesidad urgente').</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre la selección de médico y hospital.)</p>	<p>Puede usted acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Para hospitales y especialistas, es requisito que se le remita como paciente (para ciertos beneficios).</p>

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Cuidado de paciente internado		
<p>3 – Atención de hospital a paciente internado (incluye abuso de drogas y servicios de rehabilitación) (3)(4)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre cuidado de paciente internado en hospital.)</p> <p>(Véase p. 23 para información sobre observación hospitalaria.)</p>	<p>En 2010 las cantidades para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 al 60: deducible de \$1,100</p> <p>Días 61 al 90: \$275 por día</p> <p>Días 91 al 150: \$550 por día de reserva de por vida</p> <p>Llame: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para informes sobre días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida solo se pueden usar una vez.</p> <p>Un “período de beneficio” empieza el día que acude usted a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando ha pasado 60 días consecutivos sin recibir atención de hospital o de centro de enfermería especializada. Si acude a un hospital luego de finalizar un período de beneficio, da inicio un nuevo período de beneficios. Usted paga el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite de los períodos de beneficio que puede usted tener.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$450 copago por cada estancia de hospital cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por días adicionales de hospital.</p> <p>No hay límite de días cubiertos por el plan de cada período de beneficio.</p> <p>Salvo en una emergencia, su doctor debe informar al plan que usted va a ser internado en el hospital.</p>

(3) Pueden aplicar reglas de autorización

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Cuidado de paciente internado (cont.)		
<p>4 – Cuidado de paciente internado por salud mental (3)(5)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre cuidado de paciente internado de salud mental.)</p>	<p>Mismo deducible y copago que para la atención de hospital a paciente internado (véase “Atención de hospital a paciente internado”, arriba).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en hospital psiquiátrico.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$450 copago por cada estancia de hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Obtiene hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p> <p>Salvo una emergencia, su doctor debe informar al plan que va Ud. a ser internado en el hospital.</p>
<p>5 – Centro de enfermería especializada (en una localidad de enfermería especializada certificada por Medicare) (3)(4)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre centro de enfermería especializada.)</p>	<p>En 2010 las cantidades por cada período de beneficio después de una estancia de hospital cubierta de al menos 3 días son:</p> <p>Días 1 al 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: \$137.50 por día</p> <p>100 días por período de beneficio.</p> <p>Un “período de beneficio” empieza el día que acude Ud. a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando ha pasado 60 días consecutivos sin recibir atención de hospital o centro de enfermería especializada. Si acude a un hospital luego de finalizar un período de beneficio, da inicio un nuevo período de beneficios. Usted paga el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite de los períodos de beneficio que puede usted tener.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Para estancias en SNF (centro de enfermería especializada):</p> <p>Días 1 al 21: \$0 copago por día</p> <p>Días 22 a 100: \$50 copago por día</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficio.</p> <p>No se requiere estancia previa de hospital.</p>

(3) Pueden aplicar reglas de autorización

(4) Llame al plan para mayores informes

(5) Llame a PBH/UBH: (800) 711-4577. ‘PBH/UBH’: ‘PacifiCare Behavioral Health/United Behavioral Health’

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Cuidado de paciente internado (cont.)		
6 – Consultas de salud en casa (incluye atención intermitente médicamente necesaria de enfermería especializada, servicios de auxiliares de salud en casa, y servicios de rehabilitación, etc.). (Véase pp. 19-22 para más información sobre el cuidado de la salud en casa.)	\$0 copago.	Dentro de la red 10% del costo por cada consulta de salud en casa cubiertas por Medicare.
7 – Hospicio (Véase p. 23 para más información sobre hospicio.)	Usted paga parte del costo por medicamentos de paciente ambulatorio y de atención de reposo de paciente ambulatorio. Deberá recibir su cuidado en un hospicio certificado por Medicare.	General Deberá recibir su cuidado de parte de un hospicio certificado por Medicare.
Cuidado de paciente ambulatorio		
8 – Consultas al médico (Véase pp. 19-22 para más información sobre consultas al médico.)	20% coseguro. (1)(2)	General Refiérase a “#33 – Exámenes físicos” para más información. Dentro de la red \$20 copago por consulta al médico de atención primaria conforme a beneficios cubiertos por Medicare. \$25 copago por consulta dentro del área de atención urgente, de la red, cubierta por Medicare. \$20 copago por cada consulta al especialista conforme a beneficios cubiertos por Medicare. Puede aplicar un costo compartido separado por consulta: \$20 ó \$30.

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Cuidado de paciente ambulatorio (cont.)		
<p>9 – Servicios de quiropráctica (Véase pp. 19-22 para más información sobre servicios de quiropráctica.)</p>	<p>No se cubre atención de rutina. 20% coseguro por ajuste manual de la columna para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo), si se recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados. (1)(2)</p>	<p>Dentro de la red \$20 copago por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Consultas al quiropráctico cubiertas por Medicare son por ajuste manual de la columna con el fin de corregir desplazamientos o desalineación de coyunturas o partes del cuerpo.</p>
<p>10 – Servicios de podiatría (Véase pp. 19-22 para más información sobre servicios de podiatría.)</p>	<p>No se cubre atención de rutina. 20% coseguro por cuidado de pies médica-mente necesario, incluso atención de condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores. (1)(2)</p>	<p>Dentro de la red \$20 copago por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son por la atención médicamente necesaria de los pies.</p>
<p>11 – Cuidado de paciente ambulatorio de salud mental (5) (Véase pp. 19-22 para más información sobre cuidado de paciente ambulatorio, salud mental.)</p>	<p>45% coseguro para la mayoría de los servicios de pacientes ambulatorios de salud mental.</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$20 copago por cada consulta de terapia de individuo o de grupo cubiertas por Medicare.</p>
<p>12 – Cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas (sustancias nocivas) (5) (Ver pp. 19-22 para más informes sobre el cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas.)</p>	<p>20% coseguro. (1)(2)</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red \$20 copago por consulta de individuo o de grupo cubierta por Medicare.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

Sección 2

(5) Llame a PBH/UBH (véase definición en la p. 6): (800) 711-4577.

RESUMEN DE BENEFICIOS Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.		
Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Cuidado de paciente ambulatorio (cont.)		
13 – Servicios de paciente ambulatorio, cirugía. (4) (Véase pp. 19-22 para más información sobre servicios de paciente ambulatorio, cirugía.)	20% coseguro para el doctor. (1)(2) 20% de cargos del centro de pacientes ambulatorios. (1)(2)	General: pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red \$150 copago por cada consulta del centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$150 copago por cada consulta de paciente ambulatorio cubierto por Medicare.
14 – Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios) (3)(4)	20% coseguro. (1)(2)	Dentro y fuera de la red Beneficio de copago de \$100 por cada viaje (en una dirección) de ambulancia cubierto por Medicare.

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

(3) Pueden aplicar reglas de autorización

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Cuidado de paciente ambulatorio (cont.)		
<p>15 – Atención de emergencias (puede acudir a cualquier sala de urgencias si considera de manera razonable que necesita este tipo de cuidado.)</p>	<p>20% coseguro para el doctor. 20% de cargos del centro, o copago fijo por consulta en sala de urgencias. (1)(2)</p> <p>No tendrá que pagar el copago de la sala de urgencias si fue admitido en el hospital por la misma condición a los 3 días de haber llegado a la sala de urgencias.</p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU. excepto bajo estrictas circunstancias.</p>	<p>General \$50 copago por consultas en la sala de urgencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura a nivel mundial.</p> <p>Dentro y fuera de la red Si es admitido en el hospital dentro de un período de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por consulta en la sala de urgencias.</p>
<p>16 – Atención de necesidad urgente (NO se refiere a cuidados de emergencia, y en la mayoría de los casos, se halla fuera del área de servicio.)</p>	<p>20% coseguro o copago fijo. (1)(2)</p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU. excepto bajo estrictas circunstancias.</p>	<p>General: \$25 copago por consultas en la sala de urgencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura a nivel mundial.</p> <p>Dentro y fuera de la red Si es admitido en el hospital dentro de un período de 24 horas por la misma condición, usted paga \$0 por consulta en la sala de urgencias.</p>
<p>17 – Servicios de paciente ambulatorio, rehabilitación. (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre servicios de paciente ambulatorio, rehabilitación.)</p>	<p>20% coseguro. (1)(2)</p>	<p>Dentro de la red \$20 copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$20 copago por consultas de terapia física o del habla y/o del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Servicios y provisiones médicos de paciente ambulatorio		
<p>18 – Equipo médico durable (llamado en inglés ‘Durable Medical Equipment’ o ‘DME’) (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre equipo médico durable.)</p>	20% coseguro. (1)(2)	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 15% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>19 – Dispositivos prostéticos (incluye férulas, extremidades artificiales, ojos artificiales, etc.) (4)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre dispositivos prostéticos.)</p>	20% coseguro. (1)(2)	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red 15% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>20 – Capacitación para auto monitoreo de diabetes; terapia nutricional y equipo (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, pruebas de selección y capacitación de auto administración)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre auto monitoreo de diabetes, capacitación y materiales.)</p>	20% coseguro. (1)(2) La terapia nutrimental es para gente que tiene diabetes o enfermedad del riñón (pero no están en diálisis ni han tenido trasplante de riñones), con remisión del doctor. Tales servicios pueden ser dados por un dietista registrado e incluir una evaluación y consejería nutricional con el fin de ayudarlo en el manejo de su diabetes o enfermedad de los riñones.	<p>Dentro de la red \$20 copago por cada sesión de capacitación de auto monitoreo diabético.</p> <p>\$20 copago por terapia de nutrición debida a la diabetes.</p> <p>\$0 copago por artículos de diabetes.</p> <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Servicios y provisiones médicos de paciente ambulatorio (cont.)		
<p>21 – Pruebas de diagnóstico, rayos X, y servicios de laboratorio. (4)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre pruebas de diagnóstico, rayos X, y servicios de laboratorio.)</p>	<p>20% coseguro por pruebas de diagnóstico y rayos X. (1)(2)</p> <p>\$0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre servicios de laboratorio de diagnóstico, médicamente necesarios, si son ordenados por el doctor que le está tratando y efectuados por un laboratorio certificado 'CLIA' (<i>Clinical Laboratory Improvement Amend-ments</i>), participe en Medicare. Los servicios de laboratorio se llevan a cabo para ayudar a que su doctor diagnostique o descarte una enfermedad o condición sospechada. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de selección de rutina, como chequeos de colesterol.</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago por servicio de laboratorio cubierto por Medicare. • \$0 copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. • 10% del costo de rayos X cubiertos por Medicare. • 10% del costo por cada servicio de radiología diagnóstica cubierta por Medicare. • 10% del costo por cada servicio de radiología terapéutica cubierta por Medicare. • Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.
<p>22 – Medición de masa ósea (para gente con Medicare que se encuentra bajo riesgo)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre medición de masa ósea.)</p>	<p>20% coseguro. (1)(2)</p> <p>Cobertura de una vez cada 24 meses (más seguido en caso de ser médicamente necesario) si reúne ciertas condiciones médicas.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 copago por medición de masa ósea que Medicare cubra.</p> <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.		
Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Servicios preventivos		
<p>23 – Exámenes de selección colorrectal (para gente con 50 años de edad y mayores, con Medicare)</p> <p>(Véase pp. 19-22 y 23 para más información sobre exámenes de selección colorrectal.)</p>	<p>20% coseguro. (1)(2)</p> <p>Cobertura en caso de que sea usted de alto riesgo o con 50 años de edad o más.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 copago por cada prueba de selección colorrectal que Medicare cubra.</p> <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p>
<p>24 – Vacunas (vacuna contra gripe, contra Hepatitis B –para gente con Medicare que se encuentra bajo riesgo; vacuna contra neumonía) (3)(4)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre vacunas.)</p>	<p>\$0 copago por vacunas de gripe y neumonía.</p> <p>20% coseguro por vacuna contra Hepatitis B. (1)(2)</p> <p>Es posible que sólo necesite la vacuna de neumonía una vez en la vida. Llame al médico para más información.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 copago por cada vacuna de gripe y de neumonía.</p> <p>\$0 copago por vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No se necesita remisión de paciente para las vacunas de gripe y de neumonía.</p> <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p> <p>Se necesita remisión de paciente para otras vacunas.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

(3) Pueden aplicar reglas de autorización

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.		
Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
Servicios preventivos (cont.)		
<p>25 – Mamografías (pruebas anuales) (para mujeres con Medicare de 40 años de edad y mayores)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre mamografías.)</p>	<p>20% coseguro. (1)(2)</p> <p>No se necesita remisión de paciente.</p> <p>Cobertura una vez al año para todas las mujeres de 40 años de edad y mayores, con Medicare. Una mamografía de valor inicial cubierta por Medicare para mujeres entre 35 y 39 años de edad.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 copago por cada mamografía de selección cubierta por Medicare.</p> <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p>
<p>26 – Pruebas de PAP y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre pruebas Pap y exámenes pélvicos.)</p>	<p>\$0 copago p/exámenes de Pap. Cobertura una vez cada 2 años.</p> <p>Cobertura una vez al año para mujeres con Medicare y de alto riesgo. (2)</p> <p>20% coseguro para exámenes pélvico. (2)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 copago por pruebas de Pap y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un examen Pap y un examen pélvico adicionales cada año. <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p>
<p>27 – Exámenes de selección de cáncer de próstata (para hombres con Medicare, 50 años de edad y mayores)</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre exámenes de selección de cáncer de próstata.)</p>	<p>20% coseguro para el examen rectal digital. (2)</p> <p>\$0 para la prueba PSA (antígeno prostático específico); 20% coseguro por otros servicios relacionados.</p> <p>Cobertura una vez al año para todos los hombres con Medicare, mayores de 50 años de edad.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 copago para pruebas de selección de cáncer de próstata, cubiertas por Medicare.</p> <p>Puede aplicar costo compartido por separado, por consulta, de \$20.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.		
Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
<p>28 – Enfermedad renal en etapa terminal (4)</p> <p>(Refiérase a “#29 – Medicamentos de prescripción” y a la p. 23 para más información sobre medicinas de receta.)</p>	<p>20% coseguro por diálisis renal. (1)(2)</p> <p>20% coseguro por terapia de nutrición en caso de enfermedad renal en etapa terminal.</p> <p>La terapia de nutrición es para gente que padece diabetes o enfermedad de los riñones (pero que no están en diálisis o no han tenido trasplante de riñón) y han sido remitidos por un doctor. Tales servicios pueden ser dados por un dietista registrado e incluir una evaluación y consejería nutricional con el fin de ayudarle en el manejo de su diabetes o enfermedad de los riñones.</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Los servicios de diálisis renal fuera del área de servicio no requieren autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>10% del costo para diálisis renal dentro y fuera del área.</p> <p>\$20 copago para terapia nutricional en casos de enfermedad renal en etapa terminal.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
<p>29 – Medicamentos de prescripción</p> <p>(Véase p. 23 para más información sobre medicamentos de receta.)</p>	<p>La mayoría de los fármacos no se cubren bajo el plan Original Medicare. Se puede añadir cobertura de medicamentos de receta al plan Original Medicare inscribiéndose en un plan <i>Medicare Prescripción Drug</i>, o se puede obtener toda la cobertura Medicare –incluyendo los medicamentos de prescripción– al inscribirse en un plan <i>Medicare Advantage</i> o <i>Medicare Cost Plan</i> que ofrezca dicha cobertura de medicinas de receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B</p> <p>General 10% del costo para medicamentos cubiertos de la Parte B y otros fármacos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D</p> <p>General Este plan no ofrece cobertura de medicamentos de prescripción. No se cubre la mayoría de los medicamentos.</p>
<p>30 – Servicios dentales</p> <p>(Véase pp. 19-22 para más información sobre servicios dentales.)</p>	<p>No se cubren servicios dentales preventivos (como de limpieza).</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Por lo general, no se cubren beneficios dentales preventivos (como de limpieza). \$20 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>

(3) Pueden aplicar reglas de autorización

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
<p>31 – Servicios auditivos</p> <p>(Véase pp. 19-22 y p. 24 para más información sobre servicios auditivos.)</p>	<p>No se cubren exámenes auditivos de rutina no dispositivos auxiliares para el oído.</p> <p>20% coseguro para exámenes de diagnóstico auditivo. (1)(2)</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Por lo general, no se cubren exámenes auditivos de rutina ni dispositivos auxiliares para el oído.</p> <p>\$20 copago por cada examen de diagnóstico auditivo cubierto por Medicare.</p>
<p>32 – Servicios de la vista</p> <p>(Véase pp. 19-22 y p. 24 para más información sobre servicios oculares.)</p>	<p>20% coseguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. (1)(2)</p> <p>No se cubren exámenes de rutina ni anteojos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p> <p>Se cubren las pruebas anuales de glaucoma para la gente en riesgo.</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas. • \$20 copago para exámenes de diagnóstico de ojos y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. • \$20 copago para hasta 1 examen rutinario de ojos cada dos años.

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
<p>33 – Exámenes físicos (Véase pp. 19-22 para más información sobre exámenes físicos.)</p>	<p>20% coseguro para un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Medicare Parte B. (1)(2)</p> <p>Cuando obtiene Medicare Parte B, puede hacerse un examen físico una vez dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B.</p> <p>Dicha cobertura no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>Dentro de la red \$20 copago para exámenes de rutina.</p> <p>Límite de 1 examen cada año.</p> <p>\$20 copago para beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>34 – Educación de la salud / pro bienestar (Véase pp. 24 para más información acerca de la educación de la salud y del bienestar.)</p>	<p>Dejar de fumar: se cubre si es que fue ordenado por su médico.</p> <p>Incluye dos intentos de consejería en un período de 12 meses cuando se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada al tabaquismo o esté tomando medicina que pudiera ser afectada por el cigarrillo. Cada intento de consejería incluye cuatro sesiones cara a cara.</p> <p>Usted paga coseguro y se aplica deducible de la Parte B.</p>	<p>Dentro de la red Este plan cubre beneficios educativos pro salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales por escrito sobre la educación de la salud, incluso boletines periódicos. • Capacitación en nutrición • Dejar de fumar • Línea directa de enfermería • Otros beneficios pro bienestar <p>Copago de \$0 a \$15 por cada sesión de consejería para dejar de fumar que cubra Medicare.</p>
<p>Transportación (rutinario)</p>	<p>No se cubre.</p>	<p>Dentro de la red Este plan no cubre transporte de rutina.</p>
<p>Acupuntura</p>	<p>No se cubre.</p>	<p>Dentro de la red Este plan no cubre acupuntura.</p>

(1) Cada año, Ud. paga un deducible total de \$155. *NOTA: el deducible Medicare de la Parte D puede cambiar cada año.*

(2) Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones, sus costos suelen ser mayores y Ud. pudiera pagar más.

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
<p>Punto de servicio o 'POS' (4) (Véase pp. 21-22 para más información sobre Punto de servicio [en inglés '<i>Point of Service</i>' o '<i>POS</i>' por sus siglas].)</p>	<p>Puede acudir con cualquier médico, especialista o a cualquier hospital que acepte Medicare.</p>	<p>General: pueden aplicar reglas de autorización. 20% del costo por estancia en hospital. 20% del costo por estancia de paciente internado en hospital psiquiátrico. 20% del costo por estancia en centro SNF \$30 copago por consultas al doctor. La cobertura de Punto de servicio está disponible para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria de paciente internado • Atención de paciente internado, salud mental. • Atención en centro SNF • Cuidado de la salud en casa • Citas en consultorio médico • Servicios de quiropráctica • Servicios de podiatría • Cuidado de paciente ambulatorio, salud mental. • Cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas (sustancias nocivas). • Cuidado de paciente ambulatorio, servicios de cirugía. • Cuidado de paciente ambulatorio, servicios de rehabilitación • Equipo médico durable (o '<i>DME</i>') • Dispositivos prostéticos • Auto monitoreo de diabetes, capacitación, terapia nutricional, y materiales (provisiones).

(4) Llame al plan para mayores informes

Sección 2

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Categoría de beneficio	Original Medicare	Providence Medicare Choice (HMOPOS)
<p>Punto de servicio o 'POS' (continúa de la p. 19) (4)</p> <p>(Véase pp. 21-22 para más información sobre Punto de servicio [en inglés '<i>Point of Service</i>' o '<i>POS</i>' por sus siglas].)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos, pruebas, servicios de laboratorio y radiología. • Mediciones de masa ósea • Exámenes de selección colorrectales • Vacunas • Mamografías (exámenes anuales) • Pruebas de Pap y exámenes pélvicos • Exámenes de selección de cáncer de próstata • Servicios dentales • Servicios auditivos • Servicios para la vista • Exámenes físicos • Educación de la salud / bienestar • Centro de rehabilitación comprehensiva de paciente ambulatorio (en inglés '<i>Outpatient Rehabilitation Facility</i>' o bien, CORF) • Hospitalización parcial • Otros servicios profesionales del cuidado de la salud • Servicios de diagnóstico radiológico • Servicios de terapia radiológica • Rayos X de paciente ambulatorio • Servicios de rehabilitación cardíaca • Sangre para paciente ambulatorio • Terapia nutricional para diabetes y enfermedades renales

Sección 3

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Punto de servicio o 'POS' (cont.)

¿Qué viene siendo el Punto de servicio?

Punto de servicio es una opción adicional al usar sus beneficios Providence Medicare Choice (HMOPOS). Con un costo compartido más alto podrá recurrir a centros y proveedores aun no siendo de la red de Providence (proveedores fuera de la red). Se incluyen servicios que quizá desee utilizar al estar fuera del área de servicio.

Usted paga un \$30 por consultas al doctor cuando usa su opción de Punto de servicio.*

¿Cuál será mi costo compartido a través de la opción de Punto de servicio?

Si decide usar su opción de Punto de servicio su costo compartido será un 20% coseguro. Pueden aplicarse cargos de exceso*. El gasto máximo de bolsillo es \$3,400 combinado por servicios dentro y fuera de la red.

Usted paga un 20% por los siguientes servicios cubiertos por Medicare:

Atención hospitalaria de paciente internado

- Atención de paciente internado, salud mental.
- Atención en centro SNF
- Cuidado de la salud en casa
- Servicios de quiropráctica
- Servicios de podiatría
- Cuidado de paciente ambulatorio, salud mental.
- Cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas (sustancias nocivas).
- Cuidado de paciente ambulatorio, servicios de cirugía.
- Cuidado de paciente ambulatorio, servicios de rehabilitación
- Equipo médico durable (o 'DME')
- Dispositivos prostéticos
- Centro de rehabilitación comprehensiva de paciente ambulatorio (en inglés 'CORF')
- Otros servicios profesionales del cuidado de la salud
- Servicios de diagnóstico radiológico
- Servicios de terapia radiológica
- Servicios de rehabilitación cardíaca
- Auto monitoreo de diabetes, capacitación, terapia nutricional, y materiales (provisiones).
- Pruebas de diagnóstico, Rayos X, servicios de laboratorio.
- Mediciones de masa ósea
- Pruebas de selección colorrectales
- Vacunas
- Mamografías (pruebas de selección anuales)
- Pruebas de Pap y exámenes pélvicos
- Pruebas de selección de cáncer de próstata
- Servicios dentales
- Servicios auditivos
- Servicios para la vista
- Salud y bienestar
- Hospitalización parcial
- Rayos X para paciente ambulatorio
- Servicios de sangre para paciente ambulatorio
- Terapia nutricional para diabetes y enfermedad renal
- Rehabilitación pulmonar para paciente ambulatorio

¿Necesito remisión de paciente para la opción de Punto de servicio?

No. No se requiere la remisión de paciente si utiliza la alternativa de Punto de servicio. Esto significa que puede acudir a un proveedor fuera o dentro de la red sin dicha referencia. Tenga presente que su responsabilidad es de un 20% coseguro por lo listado aquí arriba y/o \$30 por consulta al doctor siempre que use el Punto de servicio a menos que se considere una emergencia o urgencia.

* Si un doctor o proveedor elige no aceptar asignaciones, sus costos suelen ser mayores, lo cual significa que usted pagaría más.

Sección 3

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Punto de servicio o 'POS' (cont.)

¿Hay diferencia en mis beneficios con la opción de Punto de servicio?

Vea por favor las pp. 19 y 20; es la lista de beneficios que usted recibe bajo Punto de servicio. Tenga en cuenta que aunque su costo compartido es diferente, los beneficios en sí son los mismos. Por ejemplo, puesto que Providence Medicare Choice (HMOPOS) no cubre la mayoría de los servicios dentales bajo el sistema de red, tampoco los cubre la opción del Punto de servicio.

¿Será necesaria la previa autorización para algunos servicios?

Sí. Para obtener cobertura, los siguientes servicios requerirán de previa autorización.

- Toda admisión de internado al hospital.
- Toda admisión a centros de enfermería especializada ('SNF').
- Toda admisión de paciente internado a centros de rehabilitación.
- Algunos medicamentos Parte B. Llame al plan para mayores detalles.
- Algunas cirugías de paciente ambulatorio. Llame al plan para mayores detalles.
- Rehabilitación cardíaca de paciente ambulatorio.
- Radiología de alta tecnología: MRI, MRA, SPECT, CTA, CT, PET, y cardiología nuclear. Comuníquese con el agente de autorización: *American Imaging Management ('AIM')* al 1-800-920-1250.
- Procedimientos no quirúrgicos, incluso cirugías vertebrales lumbares y cirugía barítica.
- Equipo médico durable ('DME') y dispositivos prostéticos que cuesten más de \$1,500.
- Todo servicio de salud mental y dependencia de sustancias químicas nocivas. Comuníquese con el agente de autorización de PBH/UBH (definición en la parte final de la p. 6) al: 1-800-711-4577.

Los servicios a continuación quedan excluidos como beneficios de Punto de servicio.

Tienen que ser facilitados por proveedores dentro de la red y requieren de previa autorización:

- Procedimientos misceláneos cosméticos, reconstructivos, nasales, orales / dentales / ortognáticos.
- Trasplantes de órganos y de médula ósea (incluso evaluaciones de pre-trasplante y tipificación HLA).
- Uvulectomía, uvulopalatofaringoplastia (UPPP), uvulopalatoplastia asistida por laser (LAUP).
- Servicios y procedimientos sin códigos CPT** específicos (servicios y procedimientos no listados).
- Procedimientos / cirugías / tratamientos que puedan considerarse experimentales o investigativos.
- Pruebas genéticas; consejería o estudios de índole citogenético.
- Colonografía por tomografía computarizada (CT).

** – CPT = 'Current Procedural Terminology', es decir, terminología médica vigente o reconocida.

Llame o envíe fax para solicitar previa autorización:

(503) 574.6400

(800) 638.0449

Fax (503) 574.6464

Fax (800) 989.7479

La autorización no garantiza beneficios o pagos. Los beneficios se otorgan en base a la elegibilidad al momento de prestar los servicios y quedan sujetos a los términos aplicables del contrato.

Sección 3

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si tiene cualquier pregunta acerca de los beneficios o costos del plan, favor de comunicarse con Providence Health Plan.

Otros servicios del médico

Entre otros servicios del médico se incluyen: administración de suero para alergias, administración de quimioterapia, administración de inyecciones, terapia de infusión. Esta lista es sólo un ejemplo; comuníquese por favor con el plan para mayores detalles. • Dentro de la red usted paga un 10% del costo por algunos servicios de la Parte B. • Fuera de la red usted paga un 20% del costo.

3 – Atención hospitalaria de paciente internado (continuación de la p. 5):
Usted paga un 10% de la observación de hospital a paciente ambulatorio.

7 – Hospicio (continuación de la p. 7): ¿quién paga por mi atención paliativa (hospicio) si estoy inscrito en un plan Medicare Advantage como los planes Providence Medicare?
Todos los servicios cubiertos que reciba mientras esté siendo atendido por un hospicio están bajo la cobertura de Original Medicare, aun si se halla en un plan Medicare Advantage. No obstante, los planes Providence Medicare Advantage le seguirán cubriendo todo otro servicio extra no cubierto por Original Medicare (como los beneficios para la vista). Si elige usted permanecer en su plan Medicare Advantage mientras esté recibiendo atención paliativa, deberá seguir pagando su prima mensual del plan.

23 – Exámenes de selección colorrectal (continuación de la p. 13): se le pudiera cobrar un copago por la consulta y/o un copago por separado por servicios o cirugía de paciente ambulatorio.

29 – Medicamentos de receta (continuación de la p. 16): medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare (Original Medicare). Algunos medicamentos de la Parte B pudieran necesitar autorización. Usted paga un 10% del costo por medicinas cubiertas de la Parte B. Llame al plan para más detalles. Si decide usar opción de Punto de servicio, su costo compartido será de un 20% coseguro. Los siguientes medicamentos de receta para paciente ambulatorio pudieran ser cubiertos bajo Medicare Parte B. Pudieran incluir, mas no limitarse a, los siguientes tipos de fármacos.

- Inyectables: la mayoría de medicamentos inyectables administrados e incidentes a los servicios de un médico (medicinas administradas en consultorio del proveedor), p. ejem., regímenes de quimioterapia.
- Inmunosupresivos: medicina de terapia inmunosupresiva para pacientes de trasplante si dicho trasplante fue pagado por Medicare, o por seguro privado que pagó como paga primaria a su cobertura Medicare Parte A, en una localidad certificada de Medicare.
- Algunos fármacos orales para cáncer: si hay disponible el mismo medicamento en presentación inyectable.
- Fármacos orales antieméticos: si es parte de un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.
- Eritropoietina (Epoetin alpha o Epogen®): por inyección en caso de tener enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere ya sea de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Fármacos de inhalación e infusión proporcionados a través de DME (equipo médico durable).
- Algunos antígenos: si son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente instruida (puede ser el paciente) bajo supervisión del doctor.
- Fármacos para osteoporosis: medicinas inyectables para osteoporosis en ciertas mujeres con Medicare.
- Factores de coagulación hemofílica: factores de coagulación auto administrados en caso de tener hemofilia.

Sección 3

Los productos y servicios descritos abajo no se ofrecen ni se garantizan bajo nuestro contrato con el programa Medicare. Asimismo, tampoco están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualesquier disputa respecto a estos productos y servicios quedaría sujeta al proceso de agravios de los planes Providence Medicare.

A continuación se presenta el listado de otros servicios de valor agregado disponibles a los miembros de los planes Providence Medicare. Muestre su tarjeta de identificación y reciba descuentos de parte de cualquiera de estos proveedores. Los descuentos varían según el proveedor. Se puede poner en contacto con el plan y pedir ayuda para localizar a dichos proveedores en su área.

ChooseHealthy™

Obtenga descuentos para servicios de acupuntura, atención quiropráctica, terapia de masaje, y de dietistas. ChooseHealthy™ es un programa de descuentos de afinidad nacional con una red de proveedores que ofrecen 25% menos de sus precios normales y acostumbrados o de la cuota más baja de membresía. Dicho programa no es un beneficio cubierto bajo su plan de salud, pero sí un servicio agregado como 'extra' para el miembro.

ChooseHealthy™ es un producto de American Specialty Health Networks, Inc. y de Healthyroads, Inc., subsidiarias de American Specialty Health Incorporated (ASH). ChooseHealthy™ es marca registrada de ASH.

Clases de salud y condición física

¡Manténgase saludable y logre el bienestar! Reciba descuentos en clases que le ayudan a perder peso, a dejar de fumar, a ser mejores padres de familia, o bien, ¡a divertirse! Comuníquese con el plan para más información.

Descuentos sobre dispositivos auxiliares auditivos

Los planes Providence Medicare han hecho mancuerna con varios proveedores de auxiliares auditivos a fin de ofrecer descuentos a nuestros miembros. Llame al plan para pedir mayores informes.

LifeBalance: descuentos sobre actividades y eventos recreativos

Como miembro de un plan Providence Health, tiene acceso a descuentos en actividades y eventos culturales en Oregon, Washington y Alaska. Desde clubes de salud, instructores profesionales, y tiendas de menudeo, hasta servicios de guía, operadores de tours, sitios de diversión, museos, teatros, terapistas de masaje y mucho más.

Servicios de farmacias Providence Advantage

Reciba un descuento en medicamentos de receta presentando su tarjeta de identificación a una farmacia participante. Este servicio de medicinas de receta brinda descuentos al menudeo en las farmacias participantes y le ahorran dinero en la mayoría de las prescripciones.

Enfermeras especialistas certificadas ('RN') Providence RN: línea de consejería médica

¿Necesita orientación sobre cómo atender un problema específico de salud? ¿No está seguro si hay que consultar al doctor? La línea de consejería médica Providence RN es un medio gratuito de consejo médico disponible a miembros de los planes Providence Health Plan. Los miembros pueden llamar al 503-574-6520 ó al 1-800-700-0481; línea TTY 1-800-735-2900 (relevo de Oregon para TTY).

Binyon's

Aproveche descuentos en anteojos a través de tiendas Binyon's en Oregon y el sureste de Washington. Este no es un beneficio cubierto bajo su plan de salud, pero sí un servicio agregado como 'extra' para el miembro.

Otros servicios de descuento para la vista

Hay descuentos a su alcance para la corrección de la vista por láser ('Laser Vision Correction') – LASIK a través de *TruVision*; también para lentes de contacto. Dichos programas no son beneficio cubierto bajo su plan de salud, pero sí un servicio de valor agregado como 'extra' para el miembro. Llame al plan para más detalles.

Sección 3

Nuestra misión

Como miembros de Providence, reflejamos el amor de Dios para todos, especialmente para los pobres y desamparados –los vulnerables– a través de nuestro servicio de compasión.

Nuestros valores centrales

La misión de Providence se realiza mediante empleados, médicos, voluntarios y demás proveedores del cuidado de la salud cuyo servicio refleja los cinco valores centrales de nuestro credo: compasión, justicia, respeto, excelencia y mayordomía.

Equipo de servicios de los planes Providence Medicare Advantage

P.O. Box 5548

Portland, OR 97228-5548

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costo de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan* al 1-800-603-2340 (si ya es miembro) ó al 1-800-457-6064 (para candidatos a ser miembros).

Línea TTY para personas con discapacidad auditiva: 503-574-8702 ó 1-888-244-6642.

El servicio de atención al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. para atender preguntas sobre su plan médico (Parte C).

www.providence.org/healthplans



MDC-168 A (10/09)