



Introducción al resumen de prestaciones (beneficios) para **Providence Medicare Choice**
Contrato #H9047/035

1 de enero de 2009 – 31 de diciembre de 2009 Portland Metro, Willamette Valley y Condado Clark

Providence Health Plan es un plan de salud con contrato Medicare.

Le agradecemos su interés en Providence Medicare Choice. 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 y pedir la "Evidencia de cobertura".

TOCANTE AL CUIDADO DE SU SALUD, USTED TIENE ALTERNATIVAS

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre distintas opciones. Una de estas es el plan Original Medicare (cuota-por-servicio). Otra es el plan de salud *Medicare Health Plan*, tal como Providence Medicare Choice. Puede incluso tener otras opciones –usted elige. Independientemente de lo que decida, está todavía dentro del programa Medicare.

Se puede incorporar a uno de los planes o dejarlo sólo durante ciertos períodos. Llame a Providence Medicare Choice al número de teléfono que aparece al fin de esta introducción o bien, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Se pueden comparar los planes 'Providence Medicare Choice' y 'Original Medicare Plan' mediante este resumen de prestaciones. Las tablas de este folleto listan algunos de los beneficios más destacados de la salud. Para cada uno de estos 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 de un año a otro.

¿DÓNDE SE PUEDE OBTENER EL PLAN PROVIDENCE MEDICARE CHOICE?

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 hay que vivir en estas áreas.

¿QUIÉNES REÚNEN LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN PROVIDENCE MEDICARE CHOICE?

Se puede inscribir en Providence Medicare Choice si se tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, por lo general las personas con enfermedad renal en etapa final no reúnen los requisitos para inscribirse en el plan Providence Medicare Choice a menos que sean miembros de nuestra organización y lo han sido desde que empezó su diálisis.

¿PUEDO ESCOGER A MIS MÉDICOS?

Providence Medicare Choice ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales; sólo se puede recurrir a los médicos que sean parte de esta red. Puede ser que los proveedores de dicha red cambien de un momento a otro.

Puede pedir un directorio de los actuales proveedores para ver la lista más reciente o bien, visite: 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 LA RED?

Puede acudir a médicos, 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; el teléfono aparece al final de esta introducción.

¿CUBRE MI PLAN LOS MEDICAMENTOS MEDICARE PARTE B o PARTE D?

El plan Providence Medicare Choice cubre los medicamentos Medicare Parte B. Providence Medicare Choice NO cubre los medicamentos Medicare Parte D.

¿QUÉ TIPOS DE FÁRMACOS SE PUEDEN CUBRIR BAJO MEDICARE PARTE B?

Medicare Parte B cubre ciertos medicamentos de paciente ambulatorio. Entre estos se incluyen, pero no están limitados a los siguientes tipos de fármacos. Comuníquese con Providence Medicare Choice 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 final (insuficiencia renal

permanente que requiere ya sea de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.

- Factores de coagulación debido a la hemofilia: factores de coagulación auto administrados en caso de tener hemofilia.
- Fármacos inyectables: la mayoría de los medicamentos inyectables administrados con respecto al servicio de un médico.
- Fármacos inmunosupresores: medicina de terapia inmunosupresiva para pacientes de trasplante si el trasplante fue pagado por Medicare, o por seguro privado que pagó como paga primaria a su cobertura Medicare Parte A, en una localidad certificada por Medicare.
- Algunos fármacos orales para cáncer: si está disponible el mismo medicamento en presentación inyectable.
- Fármacos orales antieméticos: si es parte de un régimen quimioterapéutico anti-cáncer.
- Fármacos de inhalación e infusión proporcionados a través de equipo médico durable ('DME').

Favor de llamar a *Providence Health Plan* para más información sobre Providence Medicare Choice. Visítenos en: www.providence.org/healthplans o bien, llame al servicio de atención al cliente de lunes a viernes entre 8 a.m. y 5 p.m. con preguntas acerca de su plan médico (Parte C).

Si ya es miembro y tiene preguntas relacionadas con el programa Medicare *Advantage*, llame al (800)-603-2340. (TTY/TDD (888)-244-6642).

Candidatos a ser miembros, favor de llamar al (800)-457-6064 si tiene preguntas relacionadas con el programa Medicare *Advantage*. (TTY/TDD (888)-244-6642).

Para más información sobre Medicare, llame por favor a Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, los 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 PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>1 – Prima y otra información importante</p>	<p>Para 2009 la prima mensual de la Parte B es de \$96.40 y la cantidad del deducible anual de la Parte B es de \$135.</p> <p>Si un médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos son mayores, lo que significa que usted paga más.</p>	<p>General Prima mensual de \$29 aparte de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>Dentro y fuera del sistema de red Límite de gastos de bolsillo de \$3,500 combinado (dentro y fuera de la red). Se cubre todo servicio Medicare bajo el límite de gastos de bolsillo.</p>
<p>2 – Selección de médico y de hospital (Para más información, véase Emergencias - #16 y Atención de necesidad urgente - #17). (Véase págs. 16-17 para más información sobre selección de médico y hospital.)</p>	<p>Puede usted acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro del sistema de red Para hospitales y especialistas, es requisito que se le remita como paciente (para ciertos beneficios). Para determinadas citas a consultorio médico puede ser que tenga que hacer un copago por separado.</p>

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO		
<p>3 – Atención en el hospital a paciente internado (incluye abuso de drogas y servicios de rehabilitación)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre cuidado de paciente internado.)</p> <p>(Véase pág. 18 para información sobre observación hospitalaria.)</p>	<p>En 2009 las cantidades para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 al 60: deducible de \$1,068</p> <p>Días 61 al 90: \$267 por día</p> <p>Días 91 al 150: \$534 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 “periodo 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>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Llame para obtener detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$350 de copago por cada estancia de hospital cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales de estancia en el hospital.</p> <p>No hay límite de días cubiertos por el plan de cada período de beneficio.</p> <p>Salvo en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser internado en el hospital.</p>

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa)		
<p>4 – Cuidado de paciente internado por salud mental</p> <p>(Véase págs. 16-17 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>General</p> <p>Se requiere autorización previa. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$350 de copago por cada estancia en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Obtiene hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p> <p>Salvo en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser internado en el hospital.</p>
<p>5 – Centro de enfermería especializada (en una localidad de enfermería especializada certificada por Medicare)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre centro de enfermería especializada.)</p>	<p>En 2009 las cantidades por cada período de beneficio después de una estancia en el hospital cubierta de al menos 3 días son:</p> <p>Días 1 al 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: \$133.50 por día</p> <p>100 días por cada 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 tener.</p>	<p>General</p> <p>Se requiere autorización previa. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>Para estancias en SNF (centro de enfermería especializada):</p> <p>Días 1 al 21: \$0 de copago por día</p> <p>Días 22 a 100: \$50 de 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>

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa)		
<p>6 – Atención médica en casa (incluye atención intermitente médicamente necesaria de enfermería especializada, servicios de auxiliares de salud en casa y servicios de rehabilitación, etc.).</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre el cuidado de la salud en casa.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p>Dentro del sistema de red 10% del costo por cada atención médica en casa cubiertas por Medicare.</p>
<p>7 – Hospicio</p>	<p>Ud. paga parte del costo por medicamentos de paciente ambulatorio y de cuidado de relevo para el paciente interno.</p> <p>Deberá recibir su cuidado de parte de un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>General Deberá recibir su cuidado de parte de un hospicio certificado por Medicare.</p>
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO		
<p>8 – Consultas al médico</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre consultas al médico.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p>General Refiérase a “34 – Exámenes físicos” para más información.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$20 de copago por cada consulta al médico de atención primaria conforme a beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$25 de copago por cada consulta dentro del área de atención urgente cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada consulta al especialista conforme a beneficios cubiertos por Medicare.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>9 – Servicios de quiropráctica</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre servicios de quiropráctica.)</p>	<p>No se cubre la atención de rutina. 20% de co-seguro 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 del sistema de red \$20 de 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</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre servicios de podiatría.)</p>	<p>No se cubre la atención de rutina. 20% de co-seguro por cuidado de pies médicamente necesario, incluso atención de condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores. (1)(2)</p>	<p>Dentro del sistema de red \$20 de 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</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre cuidado de paciente ambulatorio, salud mental.)</p>	<p>50% de co-seguro para la mayoría de los servicios de pacientes ambulatorios de salud mental.</p>	<p>General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p>Dentro del sistema de red \$20 de 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)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p>Dentro del sistema de red \$20 de copago por cada consulta de individuo o de grupo cubierta por Medicare.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores; significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>13 – Servicios /cirugía para paciente ambulatorio .</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre servicios de paciente ambulatorio, cirugía.)</p>	<p>20% de co-seguro para el médico. (1)(2)</p> <p>20% de cargos del centro de pacientes ambulatorios. (1)(2)</p>	<p>General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red \$100 de copago por cada consulta del centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$100 de copago por cada consulta de paciente ambulatorio cubierto por Medicare.</p>
<p>14 – Otros servicios del médico</p> <p>Otros servicios del médico tales como: administración de suero para alergias, de quimioterapia, de inyecciones y terapia de infusión.</p> <p>Son sólo un ejemplo; llame para mayores detalles.</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p>Dentro del sistema de red Usted paga un 10% del costo por algunos servicios de la Parte B.</p> <p>Llame al plan para pedir detalles.</p>
<p>15 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios).</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p>Dentro y fuera del sistema de red \$50 de copago por cada viaje de ambulancia como beneficio cubierto por Medicare.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>16 – Atención de emergencia (puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera de manera razonable que necesita este tipo de cuidado.)</p>	<p>20% de co-seguro para el médico. 20% de cargos del centro, o copago fijo por consulta en sala de emergencia . (1)(2) No tendrá que pagar el copago de la sala de emergencia si fue admitido en el hospital por la misma condición en un plazo de 3 días de haber llegado a la sala de emergencias. NO se cubre fuera de los EE.UU. excepto bajo estrictas circunstancias.</p>	<p>Dentro del sistema de red \$50 de copago por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera del sistema de red Cobertura en el ámbito mundial.</p> <p>Dentro y fuera del sistema de 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 emergencias .</p>
<p>17 – 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% de co-seguro o copago fijo. (1)(2) NO se cubre fuera de los EE.UU. excepto bajo estrictas circunstancias.</p>	<p>General</p> <p>Dentro del sistema de red \$25 de copago por consultas en la sala de urgencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera del sistema de red Cobertura en el ámbito mundial.</p> <p>Dentro y fuera del sistema de 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>18 – Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio. (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje) (Véase págs. 16-17 para más información sobre servicios de paciente ambulatorio, rehabilitación.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p>Dentro del sistema de red \$20 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por consultas de terapia física o del habla y/o del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO		
<p>19 – Equipo médico durable (en inglés 'DME') (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre equipo médico durable ['Durable Medical Equipment'].)</p>	20% de co-seguro. (1)(2)	<p>General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>20 – Dispositivos prostéticos (incluye frenillos, extremidades artificiales, ojos artificiales, etc.)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre dispositivos prostéticos.)</p>	20% de co-seguro. (1)(2)	<p>General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>21 – Capacitación para auto monitoreo de diabetes; terapia nutricional y provisiones (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, pruebas de detección y capacitación de auto administración)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre auto monitoreo de diabetes, capacitación y materiales.)</p>	20% de co-seguro. (1)(2) La terapia nutricional es para las personas que tienen diabetes o enfermedad del riñón (pero no están en diálisis ni han tenido trasplante del riñón), con remisión del médico. 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>Dentro del sistema de red \$20 de copago por cada sesión de capacitación de auto monitoreo diabético.</p> <p>\$20 de copago por terapia de nutrición debida a la diabetes.</p> <p>\$0 de copago por artículos de diabetes.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>22 – Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio.</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio.)</p>	<p>20% de co-seguro por pruebas de diagnóstico y rayos X. (1)(2)</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre servicios médicamente necesarios de laboratorio de diagnóstico si son ordenados por el médico que le está tratando y efectuados por un laboratorio certificado 'CLIA' (<i>Clinical Laboratory Improvement Amendments</i>), que participe en Medicare. Servicios de laboratorio, se llevan a cabo para ayudar a que su médico diagnostique o descarte una enfermedad o condición sospechada. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de detección de rutina, como chequeos de colesterol</p>	<p>General Pueden aplicar reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago por servicio de laboratorio cubierto por Medicare. ▪ \$0 de 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.
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>23 – Medición de masa ósea (para las personas con Medicare que corren riesgo)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre medición de masa ósea.)</p>	<p>20% de co-seguro. (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 del sistema de red</p> <p>\$10 de copago por medición de masa ósea que Medicare cubra.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores; significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa)		
<p>24 – Exámenes de detección colorrectal (para personas con 50 años de edad y mayores, con cobertura de Medicare) (Véase págs. 16-17 para más información sobre exámenes de detección colorrectal.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2) Cobertura para personas con alto riesgo o que tienen 50 años de edad o más.</p>	<p>Dentro del sistema de red \$10 de copago por cada prueba de detección colorrectal que Medicare cubra.</p>
<p>25 – Vacunas (vacuna contra la gripe, contra la hepatitis B –para personas con Medicare con riesgo; vacuna contra neumonía) (Véase págs. 16-17 para más información sobre vacunas.)</p>	<p>\$0 de copago por vacunas contra la gripe y la neumonía. 20% de co-seguro por vacuna contra la hepatitis B. (1)(2) Es posible que sólo necesite la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Llame al médico para más información.</p>	<p>Dentro del sistema de red \$0 de copago por cada vacuna contra la gripe y contra la neumonía. \$0 de copago por vacuna contra la hepatitis B. No se necesita remisión (referencia) de paciente para las vacunas contra la gripe y la neumonía. Se necesita remisión de paciente para otras vacunas. Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p>
<p>26 – Mamografías (pruebas anuales) (para mujeres con Medicare de 40 años de edad y mayores) (Véase págs. 16-17 para más información sobre mamografías.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2) No se necesita remisión de paciente. 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 del sistema de red \$10 de copago por cada mamografía de detección cubierta por Medicare.</p>
<p>27 – Pruebas de papanicolau (Pap) y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare) (Véase págs. 16-17 para más información sobre pruebas de papanicolau y exámenes pélvicos.)</p>	<p>\$0 de copago para prueba de papanicolau. Cobertura una vez cada 2 años. Cobertura una vez al año para mujeres con Medicare y con alto riesgo. (2) 20% de co-seguro para exámenes pélvicos. (2)</p>	<p>Dentro del sistema de red \$0 de copago por pruebas de papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare y hasta 1 prueba papanicolau adicional y examen pélvico cada año.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa)		
<p>28 – Exámenes de detección de cáncer de próstata (para hombres con Medicare, 50 años de edad y mayores)</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre exámenes de detección de cáncer de próstata.)</p>	<p>20% de co-seguro para el examen rectal digital. (2)</p> <p>\$0 para la prueba PSA (antígeno prostático específico);</p> <p>20% de co-seguro para 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 del sistema de red</p> <p>\$0 de copago para pruebas de detección de cáncer de próstata, cubiertas por Medicare.</p>
<p>29 – Enfermedad renal en etapa final</p> <p>(Refiérase a “30 – Medicamentos de prescripción” y a la pág. 18 para más información.)</p>	<p>20% de co-seguro por diálisis renal. (1)(2)</p> <p>20% de co-seguro por terapia nutricional en caso de enfermedad renal en etapa final.</p> <p>La terapia nutricional es para las personas que padecen diabetes o enfermedad de los riñones (pero que no están en diálisis o no han tenido trasplante del riñón) y han sido remitidos por un médico. Tales servicios pueden ser dados por un dietista registrado o incluir una evaluación y consejería nutricional con el fin de ayudarlo en el manejo de su diabetes o enfermedad de los riñones.</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>La diálisis renal fuera del área de servicio no requiere autorización.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>10% del costo para diálisis renal dentro y fuera del área.</p> <p>\$20 de copago para terapia nutricional en casos de enfermedad renal en etapa final.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
<p>30 – Medicamentos de prescripción</p> <p>(Véase pág. 18 para más información.)</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 Medicare <i>Prescription Drug</i>, o se puede obtener toda la cobertura Medicare –incluso los medicamentos de prescripción– al inscribirse en un plan Medicare <i>Advantage</i> o Medicare <i>Cost Plan</i> que ofrezca dicha cobertura de medicinas de receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B</p> <p>General</p> <p>No se cubren la mayoría de los medicamentos.</p> <p>10% del costo para medicamentos cubiertos por la Parte B (no incluye medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B).</p> <p>10% del costo para fármacos de quimioterapia cubiertos por la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D</p> <p>General</p> <p>Este plan no ofrece cobertura de medicamentos de prescripción.</p>
<p>31 – Servicios dentales</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre servicios dentales.)</p>	<p>No se cubren los servicios dentales preventivos (como de limpieza).</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>Por lo general, no se cubren los beneficios dentales preventivos (como de limpieza).</p> <p>\$20 de copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<p>32 – Servicios auditivos</p> <p>(Véase págs. 16-17 y pág. 21 para más información sobre servicios auditivos.)</p>	<p>No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los dispositivos auditivos para el oído.</p> <p>20% de co-seguro para exámenes de diagnóstico auditivo. (1)(2)</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>Por lo general, no se cubren los exámenes auditivos de rutina ni dispositivos auditivos para el oído.</p> <p>\$20 de copago por cada examen de diagnóstico auditivo cubierto por Medicare.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores; significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costo de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
<p>33 – Servicios de la vista</p> <p>(Véase págs. 16-17 y págs. 21-22 para más información sobre servicios de la vista.)</p>	<p>20% de co-seguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. (1)(2)</p> <p>No se cubren los exámenes de rutina ni los 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 las personas que corren riesgo.</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10% del costo de un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas. ▪ \$20 de copago para los exámenes de diagnóstico de ojos y el tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. ▪ \$20 de copago para hasta 1 examen rutinario de los ojos cada dos años. <p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p>
<p>34 – Exámenes físicos</p> <p>(Véase págs. 16-17 para más información sobre exámenes físicos.)</p>	<p>20% de co-seguro 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 Parte B.</p> <p>Dicha cobertura no incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$20 de copago para exámenes de rutina.</p> <p>Limitado a 1 examen cada año.</p> <p>\$20 de copago para beneficios cubiertos por Medicare.</p>

(1) Cada año, usted paga un deducible total de \$135. **NOTA:** el deducible Medicare Parte B puede cambiar cada año.

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
<p>Educación de la salud y bienestar</p> <p>(Véase págs. 19 para más información.)</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 medicamento que pudiera ser afectado por el cigarrillo. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro sesiones en persona.</p> <p>Usted paga co-seguro; se aplica deducible Parte B.</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <p>Este plan cubre beneficios educativos de la salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiales por escrito sobre la educación de la salud, incluso boletines informativos. ▪ Capacitación en nutrición ▪ Dejar de fumar ▪ Línea informativa de enfermería ▪ Otros beneficios para el bienestar <p>Puede ser que se apliquen copagos sobre estos beneficios.</p>
<p>Transportación (rutinario)</p>	<p>No se cubre.</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <p>Este plan no cubre transporte de rutina.</p>
<p>Acupuntura</p>	<p>No se cubre.</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <p>Este plan no cubre acupuntura.</p>
<p>Punto de servicio</p> <p>(Véase págs. 19-20 para más información sobre Punto de servicio.)</p>	<p>Puede acudir con cualquier médico, especialista o a cualquier hospital que acepte Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>20% del costo por estancia en el hospital.</p> <p>20% del costo por estancia de paciente en hospital psiquiátrico.</p>

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

**De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costo de este plan,
favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.**

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Choice
<p>Punto de servicio (continúa)</p> <p>(Véase págs. 19-20 para más información sobre Punto de servicio.)</p>		<p>Se dispone de cobertura de Punto de servicio a un 20% para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de enfermería especializada (SNF) ▪ Atención médica 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) ▪ Servicios / cirugía para paciente ambulatorio ▪ Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio ▪ Equipo médico durable ('DME') ▪ Dispositivos prostéticos ▪ Auto monitoreo de diabetes, capacitación, terapia nutricional y materiales ▪ Procedimientos, pruebas, servicios de laboratorio y radiología ▪ Mediciones de masa ósea ▪ Exámenes de detección colorrectales ▪ Vacunas ▪ Mamografías (exámenes anuales) ▪ Pruebas de papanicolau y exámenes pélvicos ▪ Exámenes de detección de cáncer de próstata ▪ Servicios dentales ▪ Servicios auditivos ▪ Servicios para la vista ▪ Exámenes físicos ▪ Educación de la salud y bienestar ▪ Centro de rehabilitación integral de paciente ambulatorio (en inglés '<i>Outpatient Rehabilitation Facility</i>' o bien, CORF) ▪ Hospitalización parcial ▪ Otros servicios profesionales de salubridad ▪ Servicios de diagnóstico radiológico ▪ Servicios de rehabilitación cardíaca ▪ Sangre para paciente ambulatorio ▪ Terapia nutricional para diabetes y enfermedades renales

Sección 3

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

3 – Atención de hospital a paciente internado (continuación de la pág. 4)

Usted paga un 10% del costo de observación hospitalaria de paciente ambulatorio

30 – Medicamentos de prescripción (continuación de la pág. 14)

Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B (plan Original Medicare)

Algunos medicamentos de la Parte B pudieran necesitar autorización. Usted paga un 10% del costo por medicamentos cubiertos de la Parte B. Llame para más detalles. Si decide usar la opción de Punto de servicio, su costo compartido será de un 20% de co-seguro.

Los siguientes medicamentos de paciente ambulatorio pudieran ser cubiertos bajo Medicare Parte B. Pudieran incluir, pero no está limitados a los siguientes tipos de fármacos.

- **Inyectables:** la mayoría de medicamentos inyectables administrados con respecto a los servicios de un médico (medicamentos administrados en el consultorio de su proveedor), por ejemplo, regímenes de quimioterapia.
- **Inmunosupresores:** 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 por Medicare.
- **Algunos fármacos orales para cáncer:** si está 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 final (insuficiencia renal permanente que requiere ya sea de diálisis o de 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 médico.
- **Fármacos para osteoporosis:** medicinas inyectables para osteoporosis en ciertas mujeres con Medicare.
- **Factores de coagulación debido a la hemofilia:** factores de coagulación auto administrados en caso de tener hemofilia.

Sección 3

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Punto de servicio (continuación de las págs. 16, 17)

¿Qué es el Punto de servicio?

Punto de servicio es una opción adicional al usar sus beneficios Providence Medicare Choice. Mediante un costo compartido más alto podrá usted recurrir a centros y proveedores aún fuera de la red de Providence (proveedores fuera del sistema de red). Se incluyen servicios que tal vez desee utilizar cuando se encuentre fuera del área 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 de un 20% de co-seguro. Pueden aplicarse cargos de exceso*. El gasto máximo de bolsillo es de \$3,500 combinado por servicios dentro y fuera de la red.

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

- Cuidado de hospital para paciente internado
- Cuidado de paciente internado, salud mental
- Centro de enfermería especializada
- Atención médica 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)
- Servicios / cirugía para paciente ambulatorio
- Rehabilitación para paciente ambulatorio
- Equipo médico durable ('DME')
- Dispositivos prostéticos
- CORF: Centro de rehabilitación comprehensiva de paciente ambulatorio
- Auto monitoreo de diabetes, capacitación y materiales
- Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio
- Medición de masa ósea
- Exámenes de detección colorrectales
- Vacunas
- Mamografías (exámenes anuales)
- Pruebas de papanicolau y exámenes pélvicos
- Exámenes de detección de cáncer de próstata
- Servicios dentales
- Servicios auditivos
- Servicios de la vista
- Exámenes físicos
- Salud y bienestar
- Hospitalización parcial

¿Necesito la remisión (referencia) 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 el de un 20% de co-seguro siempre que use el Punto de servicio a menos que se considere de urgencia o caso emergente.

*.- Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, lo que significa que Ud. paga más.

Sección 3

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan*.

Punto de servicio (continúa)

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

Véase por favor las págs. 16, 17 y 19, 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 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 con 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: IRM, Axial computarizada, Tomografía por emisión de positrones y cardiología nuclear. Comuníquese con el agente de autorización: *American Imaging Management ('AIM')* al 1-800-920-1250.
- Procedimientos que no son de emergencia, incluso cirugías vertebrales lumbares y cirugía barítica.
- Equipo médico durable ('DME') y dispositivos prostéticos que cuesten más de \$500.
- Todo servicio de salud mental y dependencia de sustancias químicas nocivas. Comuníquese con el agente de autorización en PBH/UBH al 1-800-711-4577.

Los servicios a continuación quedan excluidos como beneficios de Punto de servicio. Tienen que ser dados por proveedores dentro de la red y requieren de previa autorización:

- Procedimientos misceláneos cosméticos, reconstructivos, nasales, orales / dentales / ortognáticos.
- Trasplante de órganos y de la médula ósea (incluso evaluaciones pretrasplante y tipificación tisular).
- Uvulectomía, uvulopalatofaringoplastia (UPPP), uvulopalatoplastia asistida por laser (LAUP).
- Servicios y procedimientos sin códigos CPT* específicos (servicios y procedimientos no listados).
- Procedimientos, cirugías, tratamientos que podrían ser considerados experimentales o de investigación.

*CPT = en inglés 'Current Procedural Terminology', es decir, términos médicos vigentes o reconocidos.

Llame o envíe fax para solicitar previa autorización:

503-574-6400

1-800-638-0449

Fax 503-574-6464

Fax 1-800-989-7479

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

Sección 3

Los productos y servicios descritos a continuación no se ofrecen ni se garantizan bajo nuestro contrato con el programa Medicare. Asimismo, tampoco están sujetos al proceso de apelaciones de Medicare. Cualquier 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.

Programa ASHN Affinity Access

Descuentos Access para acupuntura, ciertos cuidados quiroprácticos, terapia de masaje y algunos servicios dietéticos. El programa *Affinity Access* de la red americana de especialidades de salud (*American Specialty Health Networks™ – ASHN*), ofrece una red de proveedores que a su vez brindan un 25% de descuento sobre sus cuotas habituales y acostumbradas. Este programa no es un beneficio cubierto bajo su plan médico de salud sino un servicio de valor agregado. Llame al plan para pedir detalles.

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 o bien, ¡a divertirse! Llame al plan para pedir detalles.

Descuentos sobre dispositivos auxiliares auditivos

Los planes Providence Medicare han creado una alianza con varios proveedores de dispositivos auditivos a fin de ofrecer descuentos a nuestros miembros. Llame al plan para pedir detalles.

LifeBalance: descuentos sobre actividades y eventos recreativos

Como miembro de un plan Providence Health, usted 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 turísticos, locales de entretenimiento, museos, teatros, terapistas de masaje y mucho más.

Servicios de farmacia Providence Advantage

Reciba un descuento en los medicamentos de prescripción al presentar su tarjeta de identificación de miembro a las farmacias participantes. Este servicio de medicamentos de prescripción ofrece ahorros en la venta al menudeo en farmacias participantes y le ahorrará dinero en la mayoría de los medicamentos con prescripción.

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 médico? 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 o al 1-800-700-0481; TTY 1-800-735-2900 (relevo de Oregon para TTY).

Binyon's

Tiene acceso a descuentos en anteojos a través de las tiendas Binyon's en Oregon y el suroeste de Washington. Este no es un beneficio cubierto bajo su plan médico de salud, pero es un servicio agregado extra para el miembro.

Sección 3

Otros servicios de descuento para la vista

Hay descuentos disponibles para corrección de visión por laser (*Laser Vision Correction* – LASIK) a través de *TruVision*; también para lentes de contacto. Dichos programas no son beneficio cubierto bajo su plan médico de salud, sino son servicios de valor agregado. Llame al plan sobre los detalles.

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.

Providence Medicare Plans Service Team
(Equipo de servicios de los planes Providence Medicare)
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

De tener cualquier pregunta sobre las prestaciones (beneficios) o costos de este plan, favor de comunicarse con *Providence Health Plan* al 1-800-603-2340 (si ya es miembro) o 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, entre 8 a.m. y 5 p.m. para atender preguntas sobre su plan medico (Parte C)

www.providence.org/healthplans

