



Introducción al resumen de prestaciones (beneficios) para **Providence Medicare Choice + RX**

Contrato #H9047/024

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 + RX. 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 + RX y pedir la "Evidencia de cobertura".

EN REFERENCIA 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 + RX. Puede incluso tener otras opciones –usted elige. Independientemente de lo que decida, queda dentro del programa Medicare.

Se puede inscribir a uno de los planes o dejarlo sólo durante ciertos períodos. Llame a Providence Medicare Choice + RX 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 a este número las 24 hrs. al día, los 7 días a la semana.

¿CÓMO PUEDO COMPARAR MIS OPCIONES?

Se pueden comparar los planes 'Providence Medicare Choice + RX' 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 mayores beneficios, los cuales pueden cambiar año con año.

¿DÓNDE SE PUEDE OBTENER EL PLAN PROVIDENCE MEDICARE CHOICE + RX?

El área de servicio de este plan abarca: Condados de Clackamas, Columbia, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill, de Oregon y el condado de Clark en Washington. Para inscribirse tiene que vivir en una de estas áreas.

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

Se puede inscribir en Providence Medicare Choice + RX si 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 Extra Plan 1 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 + RX 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 número de teléfono de nuestro servicio de atención al cliente aparece al final de esta introducción.

¿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; al número de teléfono al final de esta introducción.

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

Providence Medicare Choice + RX cubre tanto medicamentos de prescripción Medicare Parte B como medicamentos de prescripción Parte D.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS RECETAS SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?

Providence Medicare Choice + RX ha formado una red de farmacias. Hay que acudir a una de estas farmacias en dicha red a fin de recibir los beneficios del plan. Es posible que no le paguemos sus prescripciones cuando vaya usted a una farmacia fuera de la red, salvo en algunos casos. Las farmacias en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede pedir un directorio de farmacias o bien, visítenos:

www.providence.org/healthplans. El servicio de atención al cliente está al final de esta introducción. El plan Providence Medicare Choice + RX tiene una lista de farmacias preferidas. Estas farmacias ofrecen sus medicamentos a un copago más bajo o con un co-seguro menor. Podrá ir a una farmacia fuera de la red pero quizá tenga que pagar más por sus medicamentos de receta.

¿QUÉ ES EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN?

Providence Medicare Choice + RX utiliza un formulario que consiste en una lista de fármacos que cubre el plan suyo para atender sus necesidades de paciente. Periódicamente podríamos agregar, quitar, hacer cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o cambiar lo que usted paga por su medicamento. De hacer cualquier cambio al formulario que limite a nuestros miembros el poder obtener sus recetas, avisaremos a los miembros impactados por adelantado. Se le envía un formulario completo aunque usted lo puede ver del todo en nuestro sitio:

www.providence.org/healthplans. Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o que está sujeto a requisitos o límites adicionales, quizá pueda obtener una cantidad provisional de medicamento. Puede llamarnos para pedir una excepción o, con la ayuda de su médico, cambiar a un medicamento alterno listado en nuestro formulario de medicamentos. Llame a ver si puede obtener la cantidad provisional de medicamento o para más detalles de nuestra política de cambio de medicamentos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA ADICIONAL CON LOS GASTOS DE MEDICAMENTO DE PRESCRIPCIÓN EN EL PLAN?

Si cumple con los requisitos para recibir ayuda extra con los gastos de sus medicamentos de receta del plan Medicare, su prima y pagos de farmacia serán menores. Cuando se inscribe en el plan Providence Medicare Choice + RX, Medicare nos indica cuánta ayuda adicional está recibiendo y entonces nosotros le informaremos a usted la cantidad a pagar. De no estar recibiendo ayuda adicional, puede informarse para ver si reúne tales requisitos; llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227); los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Disponible las 24 hrs. los 7 días a la semana.

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO CON ESTE PLAN?

Todos los planes Medicare *Advantage* concuerdan con permanecer en el programa por un año entero cada vez; asimismo, cada año se determina si los planes continuarán por otro año más. Incluso, si uno de los planes Medicare *Advantage* abandona el programa, usted no pierde cobertura Medicare. Si no se continúa uno de los planes, le deberán enviar una carta cuando menos 90 días antes de que termine su cobertura. Dicha carta le explicará entonces las opciones con las que cuenta de cobertura Medicare en su área.

Como miembro del plan Providence Medicare Choice + RX, tiene el derecho de solicitar su determinación de cobertura, lo cual incluye el derecho de pedir una excepción, el derecho de apelar en caso de negársele cobertura de un medicamento de prescripción, y el derecho de presentar un agravio. Tiene el derecho de solicitar su determinación de cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que considere que debe ser cubierto. Una excepción es

un tipo de determinación de cobertura. Puede pedirnos una excepción si cree necesitar un medicamento que no esté en nuestra lista de fármacos cubiertos o considera que debiera poder obtener un fármaco de no preferencia a un precio menor, gasto que sale de su bolsillo. Puede también pedir una excepción a las normas de utilización de costos, tales como límites sobre la cantidad del medicamento. Si cree necesitar una excepción, deberá comunicarse con nosotros antes de obtener su receta en la farmacia. Su médico deberá facilitar una declaración que ampare su petición de excepción. Si le negáramos la cobertura de su(s) medicamento(s) de prescripción, tiene usted el derecho de apelar y de pedirnos que sea revisada nuestra decisión. Por último, tiene el derecho de presentar un agravio en caso de tener cualquier problema con nuestra farmacia o una de las de nuestra red, queja que no se refiere a la cobertura de medicamentos prescritos.

Sección 1

¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE MANEJO DE TERAPIA DE MEDICACIÓN? ('MTM' por sus siglas en inglés)

Un programa de manejo de terapia de medicación (en inglés '*Medication Therapy Management*') es un servicio gratuito que podríamos ofrecer. Es posible que se le invite a participar en el programa, diseñado para sus necesidades médicas y farmacéuticas específicas. Puede usted decidir no ser participe pero si es seleccionado, se recomienda que aproveche al máximo este servicio ya cubierto. Para más detalles, llame a Providence Medicare Choice + RX.

¿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 + RX 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 médico.

Fármacos para osteoporosis: medicamentos 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 de 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 DME (equipo médico durable).

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

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).

Si ya es miembro y tiene preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de prescripción Medicare Parte D sin cargo al (800)-603-2340. (TTY/TDD (888)-244-6642).

Candidatos a ser miembros, llamar al (800)-457-6064 con preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de prescripción Medicare Parte D. (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. Se 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 + RX
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 a menudo son mayores, lo que significa que usted paga más.</p>	<p>General Prima mensual de \$51 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. 28, 29 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 ciertas consultas médicas 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 + RX
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. 28, 29 para más información sobre cuidado de paciente internado.)</p> <p>(Véase pág. 30 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 proceder normas de autorización. Llame para obtener detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$350 de copago por cada estancia en el 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 + RX
CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa)		
<p>4 – Cuidado de paciente internado por salud mental</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre cuidado de paciente internado de salud mental.)</p>	<p>Mismo deducible y copago que para la atención en el 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 de 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 va a ser internado en el hospital.</p>

Sección 2

<p>5 – Centro de enfermería especializada (en una localidad de enfermería especializada certificada por Medicare)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre centro de enfermería especializada.)</p>	<p>En 2009 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: \$133.50 por día</p> <p>100 días por cada período de beneficio.</p> <p>Un “período de beneficio” empieza el día que acude 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 + RX
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. 28, 29 para más información sobre atención médica 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 por 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. 28, 29 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 + RX
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>9 – Servicios de quiropráctica</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre servicios de quiropráctica.)</p>	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>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</p> <p>\$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. 28, 29 para más información sobre servicios de podiatría.)</p>	<p>No se cubre la atención de rutina.</p> <p>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</p> <p>\$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. 28, 29 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</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$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. 28, 29 para más información sobre cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$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, 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 + RX
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>13 – Servicios de paciente ambulatorio, cirugía.</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre servicios / cirugía para paciente ambulatorio.)</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>Esta lista es sólo un ejemplo; llame al plan 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 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 + RX
CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>16 – Atención de emergencias (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.</p> <p>20% de cargos del centro, o copago fijo por consulta en sala de emergencias. (1)(2)</p> <p>No tendrá que pagar el copago de la sala de emergencias si fue admitido en el hospital por la misma condición a los 3 días de haber llegado a la sala de emergencias.</p> <p>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 de copago fijo. (1)(2)</p> <p>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 paciente ambulatorio, rehabilitación. (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje) (Véase págs. 28, 29 para más información sobre servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio).</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 + RX
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. 28, 29 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. 28, 29 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. 28, 29 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 tiene diabetes o enfermedad del riñón (pero no están en diálisis ni han tenido trasplante del riñones), con remisión del médico. 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 del sistema de red \$20 de copago por cada sesión de capacitación de auto monitoreo diabético.</p> <p>\$20 de copago por terapia nutricional 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 + RX
SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)		
<p>22 – Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio.</p> <p>(Véase págs. 28, 29 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 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. Los servicios de laboratorio de diagnóstico 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 las 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.

(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 + RX
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>23 – Medición de masa ósea (para personas con Medicare con riesgo)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 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>
<p>24 – Exámenes de detección colorrectal (para gente con 50 años de edad y mayores, con Medicare)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre exámenes de selección colorrectal.)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p> <p>Cobertura para personas con alto riesgo o con 50 años de edad o más.</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$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 bajo riesgo; vacuna contra la neumonía)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre vacunas.)</p>	<p>\$0 de copago por vacunas contra la gripe y neumonía.</p> <p>20% de co-seguro por vacuna contra la 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 del sistema de red</p> <p>\$0 de copago por cada vacuna contra la gripe y contra la neumonía.</p> <p>\$0 de copago por vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No se necesita remisión (referencia) de paciente para las vacunas contra la gripe y contra la neumonía.</p> <p>Se necesita remisión de paciente para otras vacunas.</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</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 + RX
SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa)		
<p>26 – Mamografías (pruebas anuales) (para mujeres con Medicare de 40 años de edad y mayores)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre mamografías.)</p>	<p>20% de co-seguro. (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 del sistema de red</p> <p>\$10 de copago por cada mamografía para la detección cubierta por Medicare.</p>
<p>27 – Pruebas de papanicolau (pap) y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 para más información sobre pruebas papanicolau y exámenes pélvicos.)</p>	<p>\$0 de copago para exámenes de papanicolau.</p> <p>Cobertura una vez cada 2 años. Cobertura una vez al año para mujeres con Medicare y con alto riesgo. (2)</p> <p>20% de co-seguro para exámenes pélvicos. (2)</p>	<p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$0 de copago por pruebas de papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare y hasta 1 prueba de papanicolau adicional y examen pélvico cada año.</p>
<p>28 – Exámenes de selección de cáncer de próstata (para hombres con Medicare, 50 años de edad y mayores)</p> <p>(Véase págs. 28, 29 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>

(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 + RX
<p>29 – Enfermedad renal en etapa final</p> <p>(Refiérase a “30 – Medicamentos de prescripción” y a la pág. 30 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 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 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 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 + RX
<p>30 – Medicamentos de prescripción</p> <p>(Véase págs. 30 y 31 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 <i>Medicare Prescripción Drug</i>, o se puede obtener toda la cobertura Medicare –incluso los medicamentos de prescripción– al inscribirse en un plan <i>Medicare Advantage</i> o <i>Medicare Cost Plan</i> que ofrezca dicha cobertura de medicamentos de prescripción.</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B</p> <p>General 10% del costo por medicamentos cubiertos en la Parte B (no incluye medicamentos de quimioterapia cubiertos en la Parte B).</p> <p>10% del costo por medicamentos de quimioterapia cubiertos en la Parte B.</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D</p> <p>General Este plan utiliza un formulario que el plan le envía a usted. También lo puede ver en Internet, en: www.providence.org/healthplans. Pueden surgir diferentes gastos de bolsillo para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tienen ingresos limitados. ▪ Viven en centros de cuidado de la salud a largo plazo, o bien, ▪ Tienen acceso a servicios de salud indígena / de tribu / urbanos. (Indian Health Service). <p>El plan ofrece cobertura nacional de prescripciones dentro del sistema en red (es decir, se incluirían los 50 estados y el D.C.). Ello significa que usted paga la misma cantidad de costo compartido por sus medicamentos de receta si los obtiene en una farmacia de la red aun fuera del área de servicio (p. ej., cuando viaja).</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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>El gasto total anual de sus medicamentos es el gasto total de éstas que pagan usted y el plan.</p> <p>Puede ser que el plan requiera que pruebe Ud. primero un medicamento para tratar su condición antes de que le cubra otro medicamento para lo mismo.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor deberá obtener previa autorización de Providence Medicare Choice + RX para determinados medicamentos.</p> <p>Debe usted acudir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos dado el manejo especial, coordinación de proveedores, o exigencias de educación del paciente para tales fármacos que no brindan la mayoría de las farmacias en la red. Dichos medicamentos se encuentran listados en el sitio Internet del plan, en el formulario y en material impreso, así como en el buscador de medicamentos de prescripción de Medicare en: www.Medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de un medicamento es menor de la cantidad normal de costo compartido por ese medicamento, usted paga el costo actual, no la cantidad más alta del costo compartido.</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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>Usted paga \$0 la primera vez que obtiene una receta de ciertos medicamentos. Estos medicamentos están listados como “gratuitos la primera vez” en el sitio Internet del plan, en el formulario y en material impreso, así como en el buscador de medicamentos de prescripción de Medicare en: www.Medicare.gov.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$0 de deducible.</p> <p>Cobertura inicial</p> <p>Usted paga lo siguiente hasta que el total de costos anuales de medicamento alcance \$2,700:</p> <p>Farmacia de menudeo</p> <p>Genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$4 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de preferencia. ▪ \$12 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de preferencia. ▪ \$7 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de otra red. ▪ \$21 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de otra red.

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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>De marca</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de preferencia. ▪ \$120 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de preferencia. ▪ \$40 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de otra red. ▪ \$120 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de otra red. <p>Especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de preferencia. ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel en una farmacia de otra red. <p>Farmacia para pacientes con atención a largo plazo</p> <p>Genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$7 de copago por provisión de un mes (34 días) de medicamentos de este nivel. <p>De marca</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por provisión de un mes (34 días) de medicamentos de este nivel. <p>Especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (34 días) de medicamentos de este nivel.

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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>Pedido por correo postal</p> <p>Genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$4 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal. ▪ \$12 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal. ▪ \$7 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal de otra red. ▪ \$21 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal de otra red. <p>De marca</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal. ▪ \$120 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal. ▪ \$40 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal de otra red. ▪ \$120 de copago por provisión de tres meses (90 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal de otra red.

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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>Especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal. ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel de una farmacia de preferencia de pedidos por correo postal de otra red. <p>Brecha de cobertura</p> <p>Después de que el monto de sus costos anuales de medicamentos llegue a \$2,700, usted paga 100% hasta que los gastos anuales de bolsillo por medicamentos alcancen \$4,350.</p> <p>Cobertura catastrófica</p> <p>Luego de que el total de sus gastos anuales de bolsillo por medicamento llegue a \$4,350, usted paga la parte mayor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$2.40 de copago por medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos); \$6 de copago por todos los demás medicamentos, o un 5% co-seguro.

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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>Fuera del sistema de red Los medicamentos del plan podrían ser cubiertos bajo circunstancias especiales, p. ej., enfermedad al viajar fuera del área de servicio donde no hay farmacias de la red. Tal vez tenga que pagar más de la cantidad del costo compartido si compra su medicamento en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar todo el cargo de la farmacia por el medicamento y luego enviar la documentación a fin de recibir el reembolso de Providence Medicare Choice + RX.</p> <p>Fuera del sistema de red, cobertura inicial. Se le reembolsará hasta el costo total del medicamento (menos lo siguiente) por medicamentos comprados fuera de la red hasta que el monto total anual de medicamentos llegue a \$2,700:</p> <p>Farmacia fuera del sistema de red</p> <p>Genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$7 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. <p>De marca</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$40 de copago por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. <p>Especialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel.

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 + RX
30 – Medicamentos de prescripción (continúa)		<p>Brecha de cobertura fuera de la red</p> <p>Después de que el monto anual de costos de medicamentos llegue a \$2,700, usted paga 100% del cargo completo de la farmacia por medicamentos comprados fuera de la red hasta que su gasto anual de bolsillo por medicamentos alcance \$4,350. No se le reembolsará de parte de Providence Medicare Choice + RX por compras fuera de la red cuando se encuentre en brecha de cobertura. Sin embargo, debe enviar su documentación a Providence Medicare Choice + RX de modo que podamos sumar las cantidades que gastó fuera de la red, a los gastos de bolsillo que hizo durante el año.</p> <p>Cobertura catastrófica fuera del sistema de red</p> <p>Después de que sus gastos anuales de bolsillo en medicamentos llegue a \$4,350, se le reembolsará por el medicamento comprado fuera de la red hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente: \$2.40 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca considerados como genéricos) y copago de \$6 por todos los demás medicamentos, o un 5% de co-seguro.</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 + RX
<p>31 – Servicios dentales</p> <p>(Véase págs. 28, 29 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 beneficios dentales preventivos (como de limpieza). \$20 de copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<p>32 – Servicios auditivos</p> <p>(Véase págs. 28, 29 y pág. 35 para más información sobre servicios auditivos.)</p>	<p>No se cubren 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. \$20 de copago por cada examen de diagnóstico auditivo cubierto por Medicare.</p>
<p>33 – Servicios de la vista</p> <p>(Véase págs. 28, 29 y pág. 35 para más información sobre servicios oculares.)</p>	<p>20% de co-seguro 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 detección de glaucoma para las personas con 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 exámenes de diagnóstico de ojos y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. ▪ \$20 de copago para hasta 1 examen rutinario de ojos cada dos años. <p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</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 + RX
<p>34 – Exámenes físicos</p> <p>(Véase págs. 28, 29 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. 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>
<p>Educación de la salud y bienestar</p> <p>(Véase págs. 33 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 afectada 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 y fuera 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>

(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 + RX
<p>Punto de servicio</p> <p>(Véase págs. 33-34 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 reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>20% del costo por estancia en hospital.</p> <p>20% del costo por estancia de paciente internado en hospital psiquiátrico.</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

