



Introducción a las prestaciones  
(beneficios) del plan:

**Providence Medicare Extra Plan 1**  
Contrato #H9047/033

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 Extra Plan 1. Nuestro plan se ofrece a través de *PROVIDENCE HEALTH PLAN*, una organización *Medicare Advantage Health Maintenance Organization* ('HMO' 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 Extra Plan 1 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 Extra Plan 1. 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 Extra Plan 1 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 Extra Plan 1' 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 de un año a otro.

### **¿DÓNDE SE PUEDE OBTENER EL PLAN PROVIDENCE MEDICARE EXTRA PLAN 1?**

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 EXTRA PLAN 1?**

Se puede inscribir en Providence Medicare Extra Plan 1 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 Extra Plan 1 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](http://www.providence.org/healthplans). El número de 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?

Si decide consultar con un médico fuera de nuestra red, tendrá que pagar usted por los servicios prestados. Ni Providence Medicare Extra Plan 1 ni el plan Original Medicare pagarán por tales servicios.

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

Providence Medicare Extra Plan 1 cubre los medicamentos de prescripción Medicare Parte B. Providence Medicare Extra Plan 1 NO cubre los medicamentos de prescripción 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 Extra Plan 1 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 la osteoporosis: medicamentos inyectables para la 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 medicamentos inyectables administrados con respecto al servicio de un médico.
- Fármacos 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.
- Fármacos de inhalación e infusión proporcionados a través de DME (equipo médico durable).

Favor de llamar a *Providence Health Plan* para más información de Providence Medicare Extra Plan 1. Visite [www.providence.org/healthplans](http://www.providence.org/healthplans) o bien, llame al servicio de atención al cliente, abierto de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. para preguntas sobre 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](http://www.medicare.gov).

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

## 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*.**

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>		
<p><b>1 – Prima y otra información importante</b></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><b>General</b> Prima mensual de \$85 además de su prima mensual Medicare Parte B.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> Límite de \$2,500 de gasto de bolsillo dentro del sistema de red. Comuníquese con el plan para informarse de los servicios pertinentes.</p> <p>Se cubre todo servicio Medicare bajo el límite de gastos de bolsillo.</p> <p><b>Fuera del sistema de red</b> A menos que se indique lo contrario, no se cubren los servicios fuera del sistema de red.</p>
<p><b>2 – Selección de médico y de hospital</b> (Para más información, véase Emergencias - #15 y Atención de necesidad urgente - #16).</p>	<p>Puede usted acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p><b>Dentro del sistema de red</b> Tiene que acudir a médicos, especialistas y hospitales dentro del sistema de red.</p> <p>Para hospitales y especialistas, es requisito que se le remita como paciente (para ciertos beneficios).</p> <p>Para ciertas consultas médicas puede ser que tenga que hacer un copago por separado.</p>

## 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*.**

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO</b>		
<p><b>3 – Atención en el hospital a paciente internado</b> (incluye abuso de drogas y servicios de rehabilitación)</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 información 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><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame para obtener detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$250 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. Salvo en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted va a ser internado en el hospital.</p>

## 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*.**

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa)</b>		
<b>4 – Cuidado de paciente internado por salud mental</b>	<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><b>General</b> Se requiere autorización previa. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$250 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>

### Sección 3

<p><b>5 – Centro de enfermería especializada</b> (en una localidad de enfermería especializada certificada por Medicare)</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 a 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><b>General</b></p> <p>Se requiere autorización previa. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b></p> <p>\$0 de copago por servicios SNF (centro de enfermería especializada).</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficio.</p> <p>No se requiere estancia previa de hospital.</p>
--	--	---

## 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*.**

Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa)</b>		
<b>6 – Atención médica en casa</b> (incluye atención intermitente médicamente necesaria de enfermería especializada, servicios de auxiliares de salud en casa y servicios de rehabilitación, etc.).	\$0 de copago.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$0 de copago por consultas de atención médica en casa cubiertas por Medicare.
<b>7 – Hospicio</b>	Usted paga parte del costo por medicamentos de paciente ambulatorio y de cuidado de relevo para el paciente interno.  Deberá recibir su cuidado de parte de un hospicio certificado por Medicare.	<b>General</b> Deberá recibir su cuidado de parte de un hospicio certificado por Medicare.
<b>CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO</b>		
<b>8 – Consultas al médico</b>	20% de co-seguro. (1)(2)	<b>General</b> Refiérase a “33 – Exámenes físicos”, para más información.  <b>Dentro del sistema de red</b> \$15 de copago por cada consulta al médico de atención primaria conforme a beneficios cubiertos por Medicare.  \$25 de copago por cada consulta dentro del área de atención urgente cubierta por Medicare.  \$15 de copago por cada consulta al especialista conforme a beneficios cubiertos 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 3

### 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 Extra Plan 1
<b>CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)</b>		
<b>9 – Servicios de quiropráctica</b>	<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><b>Dentro del sistema de red</b> \$15 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>Se requiere de remisión de paciente.</p>
<b>10 – Servicios de podiatría</b>	<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><b>Dentro del sistema de red</b> \$15 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>Se requiere de remisión de paciente.</p>
<b>11 – Cuidado de paciente ambulatorio de salud mental</b>	<p>50% de co-seguro para la mayoría de los servicios de pacientes ambulatorios de salud mental.</p>	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$15 de copago por cada consulta de terapia de individuo o de grupo 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 3

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)		
De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con <i>Providence Health Plan</i> .		
Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>12 – Cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas (sustancias nocivas)</b>	20% de co-seguro. (1)(2)	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$15 copago por cada consulta de individuo o de grupo cubierta por Medicare.</p>
<b>13 - Servicios /cirugía para paciente ambulatorio</b>	20% de co-seguro para el médico. (1)(2)  20% de cargos del centro de pacientes ambulatorios. (1)(2)	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$50 de copago por cada consulta del centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.  \$50 de copago por cada consulta de paciente ambulatorio cubierto por Medicare.</p>
<b>14 – Servicios de ambulancia</b> (servicios de ambulancia médicamente necesarios).	20% de co-seguro. (1)(2)	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$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 3

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)		
De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con <i>Providence Health Plan</i> .		
Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)</b>		
<p><b>15 – Atención de emergencia</b> (puede acudir a cualquier sala de emergencia 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 en un plazo de 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><b>Dentro del sistema de red</b> \$50 de copago por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera del sistema de red</b> Cobertura en el ámbito mundial.</p> <p><b>Dentro y fuera del sistema de red</b> 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><b>16 – Atención de necesidad urgente</b> (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)</p> <p>NO se cubre fuera de los EE.UU. excepto bajo estrictas circunstancias.</p>	<p><b>General</b></p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> \$25 de copago por consultas en la sala de urgencias cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera del sistema de red</b> Cobertura en el ámbito mundial.</p> <p><b>Dentro y fuera del sistema de red</b> 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><b>17 – Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio.</b> (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>20% de co-seguro. (1)(2)</p>	<p><b>Dentro del sistema de red</b> \$15 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$15 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 3

<b>RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)</b>		
<b>De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con <i>Providence Health Plan</i>.</b>		
<b>Categoría de beneficios</b>	<b>Plan Original Medicare</b>	<b>Plan Providence Medicare Extra Plan 1</b>
<b>SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO</b>		
<b>18 – Equipo médico durable (en inglés 'DME')</b> (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de co-seguro. (1)(2)	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<b>19 – Dispositivos prostéticos</b> (incluye frenillos, extremidades artificiales, ojos artificiales, etc.)	20% de co-seguro. (1)(2)	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<b>20 – Capacitación para auto monitoreo de diabetes; terapia nutricional y provisiones</b> (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, pruebas de detección y capacitación de auto administración)	20% de co-seguro. (1)(2) La terapia nutricional es para 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><b>Dentro del sistema de red</b> \$15 de copago por cada sesión de capacitación de auto monitoreo diabético.</p> <p>\$15 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 3

### 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 Extra Plan 1
<b>SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa)</b>		
<p><b>21 – Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio.</b></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. 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><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$0 de copago por servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</li> <li>▪ \$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</li> <li>▪ 10% del costo de rayos X cubiertos por Medicare.</li> <li>▪ 10% del costo por cada servicio de radiología diagnóstica cubierta por Medicare.</li> <li>▪ 10% del costo por cada servicio de radiología terapéutica cubierta por Medicare.</li> </ul>

(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 3

<b>RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)</b>		
<b>De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con <i>Providence Health Plan</i>.</b>		
<b>Categoría de beneficios</b>	<b>Plan Original Medicare</b>	<b>Plan Providence Medicare Extra Plan 1</b>
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<b>22 – Medición de masa ósea</b> (para personas con Medicare que corren riesgo)	20% de co-seguro. (1)(2)  Cobertura de una vez cada 24 meses (más seguido en caso de ser médicamente necesario) si reúne ciertas condiciones médicas.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$0 de copago por medición de masa ósea que Medicare cubra.
<b>23 – Exámenes de detección colorrectal</b> (para personas 50 años de edad y mayores, con cobertura de Medicare)	20% de co-seguro. (1)(2)  Cobertura para personas con alto riesgo, o que tienen 50 años de edad o mayor.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$0 de copago por cada prueba de detección colorrectal que Medicare cubra.
<b>24 – Vacunas</b> (vacuna contra la gripe, contra la hepatitis B –para personas con Medicare que corren riesgo; vacuna contra neumonía)	\$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.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$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.

(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 3

<b>RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)</b>		
<b>De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con <i>Providence Health Plan</i>.</b>		
<b>Categoría de beneficios</b>	<b>Plan Original Medicare</b>	<b>Plan Providence Medicare Extra Plan 1</b>
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa)</b>		
<b>25 – Mamografías (pruebas anuales)</b> (para mujeres con Medicare de 40 años de edad y mayores)	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.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$0 de copago por cada mamografía de detección cubierta por Medicare.
<b>26 – Pruebas de papanicolau (Pap) y exámenes pélvicos</b> (para mujeres con Medicare)	\$0 de copago para exámenes 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)	<b>Dentro del sistema de red</b> \$0 de copago por pruebas de papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare y hasta 1 prueba papanicolau adicional y examen pélvico cada año.
<b>27 – Exámenes de detección de cáncer de próstata</b> (para hombres con Medicare, con 50 años de edad y mayores)	20% de co-seguro para el examen rectal digital. (2) \$0 para la prueba PSA (antígeno prostático específico); 20% de co-seguro para otros servicios relacionados. Cobertura una vez al año para todos los hombres con Medicare, mayores de 50 años de edad.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$0 de copago para pruebas de detección de cáncer de próstata, cubiertas 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 3

#### 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 Extra Plan 1
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa)</b>		
<p><b>28 – Enfermedad renal en etapa final</b></p> <p>(Refiérase a “29 – 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 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 ayudarle en el manejo de su diabetes o enfermedad de los riñones.</p>	<p><b>General</b></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><b>Dentro del sistema de red</b></p> <p>\$0 de copago para diálisis renal dentro y fuera del área.</p> <p>\$15 de copago para terapia nutricional en casos de enfermedad renal en etapa final.</p>
<p><b>29 – Medicamentos de prescripción</b></p> <p>(Refiérase a la 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 medicamentos de prescripción.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B</b></p> <p><b>General</b></p> <p>No se cubren la mayoría de los medicamentos.</p> <p>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. Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D</b></p> <p>Este plan no ofrece cobertura de medicamentos de prescripción.</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 3

### 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 Extra Plan 1
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa)</b>		
<b>30 – Servicios dentales</b>	No se cubren los servicios dentales preventivos (como de limpieza).	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> Por lo general, no se cubren los beneficios dentales preventivos (como de limpieza). \$15 de copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<b>31 – Servicios auditivos</b>  (Refiérase a la pág. 19 para más detalles.)	No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los dispositivos auditivos para el oído.  20% de co-seguro para exámenes de diagnóstico auditivo. (1)(2)	<p><b>General</b> Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p><b>Dentro del sistema de red</b> Por lo general, no se cubren los exámenes auditivos de rutina ni dispositivos auditivos para el oído. \$15 de copago por cada examen de diagnóstico auditivo cubierto por Medicare.</p>
<b>32 – Servicios de la vista</b>  (Refiérase a la pág. 19 para más detalles.)	20% de co-seguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. (1)(2) No se cubren los exámenes de rutina ni los anteojos. Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Se cubren las pruebas anuales de glaucoma para las personas que corren riesgo.	<p><b>Dentro del sistema de red</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas.</li> <li>▪ \$15 de copago para exámenes de diagnóstico de los ojos y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares.</li> <li>▪ \$15 de copago para hasta 1 examen rutinario de los ojos cada dos años.</li> </ul> <p><b>General</b> 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 3

<b>RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)</b>		
<b>De tener cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, favor de comunicarse con <i>Providence Health Plan</i>.</b>		
Categoría de beneficios	Plan Original Medicare	Plan Providence Medicare Extra Plan 1
<b>PREVENTIVE SERVICES (Continued)</b>		
<b>33 – Exámenes físicos</b>	20% de co-seguro para un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura Medicare Parte B. (1)(2) 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.	<b>Dentro del sistema de red</b> \$15 de copago para exámenes de rutina.  Limitado a 1 examen cada año.  \$15 de copago para beneficios cubiertos por Medicare.
<b>Educación de la salud y bienestar</b>	Dejar de fumar: se cubre si es que ha sido ordenado por su médico. 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.  Usted paga co-seguro; se aplica deducible Parte B.	<b>Dentro del sistema de red</b> Este plan cubre beneficios educativos de la salud y bienestar: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Materiales por escrito sobre la educación de la salud, incluso boletines informativos.</li> <li>▪ Capacitación en nutrición</li> <li>▪ Dejar de fumar</li> <li>▪ Línea informativa de enfermería</li> <li>▪ Otros beneficios para el bienestar</li> </ul> Puede ser que se apliquen copagos sobre estos beneficios.
<b>Transportación</b> (rutinario)	No se cubre.	<b>Dentro del sistema de red</b> Este plan no cubre transporte de rutina.
<b>Acupuntura</b>	No se cubre.	<b>Dentro del sistema de red</b> Este plan no cubre acupuntura.

(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 3

### RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

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

#### **29 - Medicamentos de prescripción (continuación de la pág. 15)**

Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte B (Original Medicare)

Puede ser que algunos medicamentos de la Parte B requieran autorización. Usted paga un 10% del costo por medicamentos cubiertos por la Parte B. Llame al plan para pedir detalles.

Los medicamentos de paciente ambulatorio a continuación pueden hallarse cubiertos bajo Medicare Parte B. Pudieran incluirse, pero no está limitados a, los siguientes tipos de fármacos.

- **Inyectables:** la mayoría de los medicamentos inyectables administrados con respecto al servicio de un médico (medicamentos administrados en el consultorio de su proveedor); p. ej., regímenes de quimioterapia.
- **Inmunosupresores:** **medicina de terapia inmunosupresiva** para pacientes de trasplante si es que el trasplante fue pagado por Medicare o por seguro privado como paga primaria a su cobertura Medicare Parte A, en una localidad certificada por Medicare.
- **Algunos medicamentos orales para cáncer:** si se halla disponible la misma medicina en presentación inyectable.
- **Antieméticos orales, para náusea:** si es parte de un régimen quimioterapéutico anti cáncer.
- **Eritropoietina (Epoetin alpha o Epogen®):** inyectable, si padece de enfermedad renal en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere ya sea de diálisis o de de trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- **Inhalación e infusión:** medicamentos 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 médica.
- **Para la osteoporosis:** medicamentos 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

*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, terapeutas 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).

## Sección 3

### **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, sino es un servicio agregado extra para el miembro.

### **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 preguntas sobre su plan médico (Parte C).

**[www.providence.org/healthplans](http://www.providence.org/healthplans)**

