



Introducción al resumen de prestaciones (beneficios) del plan:

Providence Medicare Extra Plan 1 + RX

Contrato #H9047/001

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 + RX. 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 + 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 Extra Plan 1 + RX. 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 + 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 Extra Plan 1 + 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 de año a año.

¿DÓNDE SE PUEDE OBTENER EL PLAN PROVIDENCE MEDICARE EXTRA PLAN 1+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 EXTRA PLAN 1 + RX?

Se puede inscribir en Providence Medicare Extra Plan 1 + 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 la gente con enfermedad renal en etapa final no reúne los requisitos para inscribirse en el plan Providence Medicare Extra Plan 1 + RX 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 + 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 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?

Si decide consultar con un médico fuera de nuestra red, deberá pagar usted por los servicios prestados. Ni Providence Medicare Extra Plan 1 + RX 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 + RX cubre tanto medicamentos de prescripción Medicare Parte B como Medicare Parte D.

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

Providence Medicare Extra Plan 1 + RX ha formado una red de farmacias. Hay que acudir a una de estas farmacias en dicha red a fin de recibir las prestaciones (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. Nuestro servicio de atención al cliente aparece al final de esta introducción.

El plan Providence Medicare Extra Plan 1 + RX tiene una lista de farmacias preferidas. En estas farmacias puede obtener 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?

El plan Providence Medicare Extra Plan 1+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 medicina. 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 Internet: 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, tal vez pueda obtener una cantidad provisional de la medicina. Puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una excepción o, con la ayuda de su médico, cambiar a un medicamento alternativo listado en nuestro formulario de medicamentos. Llámenos para ver si puede obtener la cantidad provisional de medicina o para más detalles acerca 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 prescripción del plan Medicare, su prima y sus pagos de farmacia serán menores. Cuando se inscribe en el plan Providence Medicare Extra Plan 1 + 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 1-800-Medicare (1-800-633-4227); usuarios TTY llamar: 1-877-486-2048. Puede llamar a este número 24 horas al día, 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.

¿QUÉ PROTECCIONES TENGO CON ESTE PLAN? (Continúa...)

Como miembro del plan Providence Medicare Extra Plan 1 + RX, tiene usted 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 usted 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 solicitarnos 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, que no se refiere a la cobertura de medicamentos prescritos.

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

Un programa de manejo de terapia de medicación ('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 partícipe pero si es seleccionado, se recomienda que aproveche al máximo este servicio ya cubierto. Para más detalles, llame a Providence Medicare Extra Plan 1+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 Extra Plan 1 + 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 la osteoporosis: medicinas 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 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).

Sección 1

Favor de llamar a *Providence Health Plan* para más información sobre el plan Providence Medicare Extra Plan 1 + RX.

Visítenos en www.providence.org/healthplans o bien, llame al servicio de atención al cliente, disponible de lunes a viernes, entre 8 a.m. y 5 p.m. para preguntas sobre su plan médico (Parte C) y entre 8 a.m. y 8 p.m. para preguntas acerca de 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 prescripción de medicamentos Medicare Parte D, 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 de prescripción de medicamentos 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. 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 Extra Plan 1 + 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 \$111 además de su prima mensual Medicare Parte B.</p> <p>Dentro del sistema de red 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>Fuera del sistema de red A menos que se indique lo contrario, no se cubren servicios fuera del sistema de red.</p> |
| <p>2 – Selección de médico y de hospital (Para más información, véase Emergencias - #15 y Atención de necesidad urgente - #16).</p> | <p>Puede acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p> | <p>Dentro del sistema de red 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 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 Extra Plan 1 + RX |
|--|---|--|
| CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO | | |
| <p>3 – Atención en el hospital a paciente internado (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 informes sobre días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida solo se pueden usar una vez.</p> <p>Un "período de beneficio" empieza el día que acude usted a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando ha pasado 60 días consecutivos sin recibir atención de hospital o de centro de enfermería especializada. Si acude a un hospital luego de finalizar un período de beneficio, da inicio un nuevo período de beneficios. Usted paga el deducible de paciente hospitalizado por cada período de beneficio. No hay límite de los períodos de beneficio que puede usted tener.</p> | <p>General Pueden aplicar reglas de autorización. Llame para obtener detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red \$250 de copago por cada estancia en el hospital cubierta por Medicare. \$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 Extra Plan 1 + RX |
|---|---|---|
| CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa) | | |
| 4 – Cuidado de paciente internado por salud mental | <p>Mismo deducible y copago que para la atención de hospital a paciente internado (véase “Atención en el hospital a paciente internado”, arriba).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en hospital psiquiátrico.</p> | <p>General Se requiere autorización previa. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577.</p> <p>Dentro del sistema de red \$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 2

| | | |
|--|---|---|
| <p>5 – Centro de enfermería especializada (en una localidad de enfermería especializada certificada por Medicare)</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 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>General</p> <p>Se requiere autorización previa. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</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 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 Extra Plan 1 + RX |
|--|---|--|
| CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO (continúa) | | |
| 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.). | \$0 de copago. | Dentro del sistema de red \$0 de copago por atención médica en casa cubiertas por Medicare. |
| 7 – Hospicio | 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. | General Deberá recibir su cuidado de parte de un hospicio certificado por Medicare. |
| CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO | | |
| 8 – Consultas al médico | 20% de co-seguro. (1)(2) | General Refiérase a “33 – Exámenes físicos”, para más información. Dentro del sistema de red \$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 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 Extra Plan 1 + RX |
|---|---|---|
| CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa) | | |
| 9 – Servicios de quiropráctica | No se cubre la atención de rutina. 20% de co-seguro por ajuste manual de la columna para corregir subluxación (desplazamiento o desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo), si se recibe de un quiropráctico u otros proveedores calificados. (1)(2) | Dentro del sistema de red \$15 de copago por cada consulta cubierta por Medicare. 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. Se requiere remisión de paciente. |
| 10 – Servicios de podiatría | No se cubre la atención de rutina. 20% de co-seguro por cuidado de pies médicamente necesario, incluso atención de condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores. (1)(2) | Dentro del sistema de red \$15 de copago por cada consulta cubierta por Medicare. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son por la atención médicamente necesaria de los pies. Se requiere remisión de paciente. |
| 11 – Cuidado de paciente ambulatorio de salud mental | 50% de co-seguro para la mayoría de los servicios de pacientes ambulatorios de salud mental. | General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame: PBH/UBH al 1-800-711-4577. Dentro del sistema de red \$15 de copago por cada consulta de terapia de individuo o de grupo cubiertas por Medicare. |
| 12 – Cuidado de paciente ambulatorio, abuso de drogas (sustancias nocivas) | 20% de co-seguro. (1)(2) | General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame a PBH/UBH al 1-800-711-4577. Dentro del sistema de red \$15 de copago por cada consulta de individuo o de grupo 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 Extra Plan 1 + RX |
|---|---|---|
| CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa) | | |
| 13 – Servicios /cirugía para paciente ambulatorio. | <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 \$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> |
| 14 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios). | 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 \$50 de copago por cada viaje de ambulancia como beneficio cubierto por Medicare.</p> |
| 15 – Atención de emergencia (puede acudir a cualquier sala de urgencias si considera de manera razonable que necesita este tipo de cuidado.) | <p>20% de co-seguro para el médico.</p> <p>20% de cargos del centro, o copago fijo por consulta en sala de emergencia. (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 emergencia.</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> |

(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 Extra Plan 1 + RX |
|---|--|---|
| CUIDADO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa) | | |
| 16 – Atención de necesidad urgente (NO se refiere a cuidados de emergencia, y en la mayoría de los casos, se halla fuera del área de servicio.) | 20% de co-seguro o copago fijo. (1)(2) NO se cubre fuera de los EE.UU. excepto bajo estrictas circunstancias. | General Dentro del sistema de red \$25 de copago por consultas en la sala de urgencias cubiertas por Medicare. Fuera del sistema de red Cobertura en el ámbito mundial. 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. |
| 17 – Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio (Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje) | 20% de co-seguro. (1)(2) | Dentro del sistema de red \$15 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. \$15 de copago por consultas de terapia física o del habla y/o del lenguaje cubiertas por Medicare. |
| SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO | | |
| 18 – Equipo médico durable (en inglés 'DME') (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.) | 20% de co-seguro. (1)(2) | General Pueden aplicar reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles. Dentro del sistema de red 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare. |
| 19 – Dispositivos prostéticos (incluye frenillos, extremidades artificiales, ojos artificiales, etc.) | 20% de co-seguro. (1)(2) | General Pueden aplicar reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles. Dentro del sistema de red 10% del costo por artículos 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 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 Extra Plan 1 + RX |
|---|--|---|
| SERVICIOS Y EQUIPO MÉDICO DE PACIENTE AMBULATORIO (continúa) | | |
| <p>20 – 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>20% de co-seguro. (1)(2) La terapia nutricional es para gente 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> | <p>Dentro del sistema de red \$15 de copago por cada sesión de capacitación de auto monitoreo diabético. \$15 de copago por terapia de nutrición debida a la diabetes. \$0 de copago por artículos de diabetes.</p> |
| <p>21 – Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio.</p> | <p>20% de co-seguro por pruebas de diagnóstico y rayos X. (1)(2) \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. 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 Extra Plan 1 + RX |
|--|---|--|
| SERVICIOS PREVENTIVOS | | |
| 22 – Medición de masa ósea (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. | Dentro del sistema de red \$0 de copago por medición de masa ósea que Medicare cubra. |
| 23 – Exámenes de detección colorrectal (para gente con 50 años de edad y mayores, con Medicare) | 20% de co-seguro. (1)(2) Cobertura para personas con alto riesgo o que tienen 50 años de edad o más. | Dentro del sistema de red \$0 de copago por cada prueba de detección colorrectal que Medicare cubra. |
| 24 – Vacunas (vacuna contra gripe, contra Hepatitis B –para las personas con Medicare que corren riesgo; vacuna contra neumonía) | \$0 de copago por vacunas de gripe y neumonía. 20% de co-seguro por vacuna contra la hepatitis B. (1)(2) Es posible que sólo necesite la vacuna de neumonía una vez en la vida. Llame al médico para más información. | Dentro del sistema de red \$0 de copago por cada vacuna de gripe y de neumonía. \$0 de copago por vacuna contra la hepatitis B. No se necesita remisión (referencia) de paciente para las vacunas de gripe y de 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 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 Extra Plan 1 + RX |
|---|--|--|
| SERVICIOS PREVENTIVOS (continúa) | | |
| 25 – Mamografías (pruebas anuales) (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. | Dentro del sistema de red \$0 de copago por cada mamografía de detección cubierta por Medicare. |
| 26 – Pruebas de papanicolau (pap) y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare) | \$0 de copago para prueba de papanicolau. Cobertura una vez cada 2 años. Cobertura una vez al año para mujeres con Medicare y con alto riesgo. (2) 20% de co-seguro para exámenes pélvicos. (2) | Dentro del sistema de red \$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. |
| 27 – Exámenes de detección de cáncer de próstata (para hombres con Medicare, 50 años de edad y mayores) | 20% de co-seguro para el examen rectal digital. (2) \$0 para la prueba PSA; 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. | Dentro del sistema de red \$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 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 Extra Plan 1 + RX |
|--|---|--|
| <p>28 – Enfermedad renal en etapa final</p> <p>(Refiérase a “29 – Medicamentos de prescripción” y a la pág. 27 para más información.)</p> | <p>20% de co-seguro por diálisis renal. (1)(2)</p> <p>20% de co-seguro por terapia de nutrición en caso de enfermedad renal en etapa final.</p> <p>La terapia nutricional es para las personas que padecen diabetes o enfermedad de los riñones (pero que no están en diálisis o no han tenido trasplante 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 las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>La diálisis renal fuera del área de servicio no requiere autorización.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$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> |

(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 Extra Plan 1 + RX |
|---|---|--|
| <p>29 – Medicamentos de prescripción</p> <p>(Refiérase a las pag. 27 - 29 para información adicional.)</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>Prescripción 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>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). 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>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> <p>El gasto total anual de sus medicamentos es el gasto total de éstas que pagan usted y el plan.</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 Extra Plan 1 + RX |
|---|------------------------|---|
| 29 – Medicamentos de prescripción (continúa) | | <p>Puede ser que el plan requiera que pruebe 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 Extra Plan 1 + 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> <p>Usted paga \$0 la primera vez que obtenga 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> |

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 Extra Plan 1 + RX |
|---|------------------------|--|
| 29 – Medicamentos de prescripción (continúa) | | <p>Dentro del sistema de red</p> <p>\$0 de deducible.</p> <p>Cobertura inicial Usted paga lo siguiente hasta que el total de costos anuales de medicamentos alcance \$2,700:</p> <p>Farmacia de menudeo 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. <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. |

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 Extra Plan 1 + RX |
|---|------------------------|---|
| <p>– Medicamentos de prescripción (continúa)</p> | | <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. <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. |

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 Extra Plan 1 + RX |
|---|------------------------|---|
| 29 – 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 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. <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. |

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 Extra Plan 1 + RX |
|---|------------------------|--|
| 29 – Medicamentos de prescripción (continúa) | | <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 medicamentos 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 los medicamentos de marca considerados como genéricos); \$6 de copago por todos los demás medicamentos, o un 5% de co-seguro. <p>Fuera del sistema de red</p> <p>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 Extra Plan 1 + RX.</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 Extra Plan 1 + RX |
|---|------------------------|---|
| 29 – Medicamentos de prescripción (continúa) | | <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>Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33% de co-seguro por provisión de un mes (30 días) de medicamentos de este nivel. <p>Brecha de cobertura fuera de la red 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 Extra Plan 1 + RX por compras fuera de la red cuando se encuentre en brecha de cobertura. Sin embargo, debe enviar su documentación a Providence Medicare Extra Plan 1 + 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> |

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 Extra Plan 1 + RX |
|--|--|--|
| 29 – Medicamentos de prescripción (continúa) | | <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> |
| 30 – Servicios dentales | No se cubren los servicios dentales preventivos (como de limpieza). | <p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>Por lo general, no se cubren los beneficios dentales preventivos (como de limpieza). \$15 de copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p> |
| 31 – Servicios auditivos (Refiérase a la pág. 30 para más detalles.) | <p>No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los dispositivos auditivos para el oído.</p> <p>20% de co-seguro para exámenes de diagnóstico auditivo. (1)(2)</p> | <p>General</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> <p>Dentro del sistema de red</p> <p>Por lo general, no se cubren los exámenes auditivos de rutina ni dispositivos auditivos para el oído. \$15 de copago por cada examen de diagnóstico auditivo cubierto por Medicare.</p> |

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

(2) Si el médico o proveedor decide no aceptar el caso, los costos de ellos suelen ser mayores, 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 Extra Plan 1 + RX |
|---|---|---|
| <p>32 – Servicios de la vista</p> <p>(Refiérase a la pág. 30 para más detalles.)</p> | <p>20% de co-seguro para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. (1)(2) No se cubren exámenes de rutina ni anteojos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p> <p>Se cubren las pruebas anuales de glaucoma para las personas que corren riesgo.</p> | <p>Dentro del sistema de red</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 de copago para un par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas. ▪ \$15 de copago para exámenes de diagnóstico de ojos y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares. ▪ \$15 de copago para hasta 1 examen rutinario de ojos cada dos años. <p>General Pueden aplicar las reglas de autorización. Llame al plan para pedir detalles.</p> |
| <p>33 – 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) 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 \$15 de copago para exámenes de rutina.</p> <p>Limitado a 1 examen cada año.</p> <p>\$15 de copago para beneficios cubiertos por Medicare.</p> |

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

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

Sección 2

RESUMEN DE PRESTACIONES (BENEFICIOS)

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

| Categoría de beneficios | Plan Original Medicare | Plan Providence Medicare Extra Plan 1 + RX |
|--|---|---|
| Educación de la salud y bienestar | <p>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.</p> <p>Usted paga co-seguro; se aplica deducible Parte B.</p> | <p>Dentro del sistema de red 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 informativo. ▪ 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> |
| Transportación (rutinario) | No se cubre. | <p>Dentro del sistema de red Este plan no cubre transporte de rutina.</p> |
| Acupuntura | No se cubre. | <p>Dentro del sistema de red Este plan no cubre acupuntura.</p> |

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. 17)

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 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 está disponible el mismo medicamento 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 trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- **Inhalación e infusión:** medicamentos proporcionados a través de DME (en inglés '*Durable Medical Equipment*', 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.

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. 17)

Media tableta

Los planes Providence Medicare le avisan en la farmacia acerca de oportunidades selectas de media tableta. Cuando son escogidas adecuadamente, las recetas de media tableta salen a casi la mitad del costo del equivalente de la tableta entera. Dependiendo de dónde esté en su plan de beneficios de prescripción (p. ej., cobertura inicial, brecha de cobertura o catastrófica), tomar media tableta pudiera resultarle en ahorros de su copago o de su co-seguro.

Si por cualquier razón cree que dividir las tabletas no es viable para usted, sencillamente dígame a su médico o farmacólogo que no desea participar.

29 – Medicamentos de prescripción (continuación de la pág. 17)

Farmacias de preferencia en el sistema de red (diferencia de la red):

Las farmacias de preferencia y las farmacias partícipes son las que forman parte de la red de los planes Providence Medicare, donde los planes han negociado un precio más bajo para los medicamentos de receta. Sin embargo, puede ser que pague más por una provisión de 90 días en una farmacia partícipe que lo que pagaría en una farmacia de preferencia.

Si compra su provisión de 90 días en una farmacia partícipe, se incluirá un cargo adicional sobre el copago o sobre su co-seguro. Este cargo es la diferencia entre el precio negociado y los precios de reembolso de los partícipes.

Si compra su provisión de 90 días en una farmacia de preferencia, no se le incluirán cargos adicionales. Se le cobrará siempre la cantidad más baja de copago o de co-seguro por comprar en una farmacia de preferencia.

Puede acudir a cualquiera de estos tipos de farmacias para recibir sus medicamentos de prescripción bajo cobertura.

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. 17)

Medicina cubierta bajo Medicare Parte D – Gratuita la primera vez

Los medicamentos de prescripción que aparecen a continuación reúnen los requisitos para surtirse 'gratuitos la primera vez'. Esto le permite obtener una provisión gratis la primera vez que le surtan una de estas alternativas y equivalentes genéricas.

| Nombre genérico del fármaco | Referencias de categorías |
|--|---|
| Benazepril HCL | Medicamentos para la alta presión de sangre; para el corazón. Inhibidores ACE; bloqueadores de los receptores de angiotensina |
| Benazepril HCL/Hydrochlorothiazide | Medicamentos para la alta presión de sangre; para el corazón. Medicamentos de combinación |
| Carvedilol | Medicamentos para la alta presión de sangre; para el corazón. |
| Citalopram HBR | Ansiedad; depresión. |
| Enalapril Maleate | Medicamentos para alta presión de sangre; para el corazón. Inhibidores ACE; bloqueadores de los receptores de angiotensina |
| Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide | Medicamentos para la alta presión de sangre; para el corazón. Medicamentos de combinación |
| Fosinopril Sodium | Medicamentos para alta presión de sangre; para el corazón. Inhibidores ACE; bloqueadores de los receptores de angiotensina |
| Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide | Medicamentos para la alta presión de sangre; para el corazón. Medicamentos de combinación |
| Lisinopril | Medicamentos para alta presión de sangre; para el corazón. Inhibidores ACE; bloqueadores de los receptores de angiotensina |
| Lisinopril/ Hydrochlorothiazide | Medicamentos para la alta presión de sangre; para el corazón. Medicamentos de combinación |
| Meloxicam | Artritis; dolor de inflamación |
| Metpormin HCl | Diabetes |
| Metpormin HCl ER | Diabetes |
| Metoprolol Succinate | Para la alta presión sanguínea; para el corazón. |
| Metoprolol Tartrate | Para la alta presión sanguínea; para el corazón. |
| Omeprazole | Supresores de acidez estomacal |
| Sertraline HCl | Ansiedad; depresión. |
| Simvastatin | Colesterol |

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 regulares. 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 auditivos

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

LifeBalance: descuentos sobre actividades y eventos recreativos

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

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

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

Binyon's

Tiene acceso a descuentos en anteojos a través de las tiendas Binyon's en Oregon y el suroeste de Washington. Este no es un beneficio cubierto bajo su plan médico de salud, 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) y entre 8 a.m. y 8 p.m. para preguntas acerca de su plan de prescripciones (Parte D).

www.providence.org/healthplans

