



**PacificSource**  
HEALTH PLANS

Descubra el origen.

# Usando Su Plan De Salud Del Grupo De PacificSource

*Para sacar el máximo provecho a sus beneficios y limitar sus gastos personales, siempre asegúrese de que su proveedor para el cuidado de la salud sea un proveedor participante de PacificSource.*

## **Cómo usar proveedores participantes**

Nosotros tenemos un contrato directo con proveedores participantes en toda nuestra área de servicio en Oregon y en las comunidades limítrofes en el sudoeste de Washington y el oeste de Idaho. Los proveedores participantes acuerdan no cobrar más de un honorario establecido llamado tasa de reembolso contratada. Estos proveedores facturan a PacificSource directamente, y nosotros les pagamos directamente. Cuando usted recibe servicios o suministros cubiertos de un proveedor participante, usted sólo es responsable de las cantidades que aparecen en su Resumen de Beneficios de los Miembros. Dependiendo de su plan, esas cantidades pueden incluir un deducible, un copago o el pago de un coaseguro.

También tenemos un acuerdo con una red de proveedores a nivel nacional, The First Health® Network, que incluye más de 275,000 médicos participantes y 3,900 hospitales participantes. Los proveedores de First Health fuera de nuestra área de servicio también se consideran proveedores participantes de PacificSource en su plan.

## **Proveedores no participantes**

Cuando usted recibe servicios o suministros de un proveedor no participante, su gasto personal probablemente será mayor que si hubiera usado un proveedor participante. Si los mismos servicios o suministros están disponibles de un proveedor participante a quien usted tenga acceso razonable, usted podría ser responsable de más de las cantidades mostradas para el deducible, copago y coaseguro en su Resumen de Beneficio de los Miembros.

## **Cómo encontrar información de proveedor participante**

Puede encontrar información actualizada sobre proveedores participantes:

- Preguntando a su profesional del cuidado de la salud si él o ella es proveedor participante de su plan.
- En el sitio Web de PacificSource, [www.pacificsource.com](http://www.pacificsource.com). Sólo tiene que hacer clic en "Provider Directory" para poder buscar fácilmente los proveedores participantes o imprimir su propio directorio personalizado.
- Poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios al Cliente de PacificSource. Nuestro personal puede contestar sus preguntas acerca de proveedores específicos. Si desea un directorio completo de proveedores, sólo tiene que pedirlo. Con gusto le enviaremos por correo un directorio gratuitamente.
- Llamando a la First Health® Network al (800) 449-9905 si vive fuera del área cubierta por la red de proveedores de PacificSource.

## Limitaciones del Plan de Grupo de PacificSource

Fecha de entrada en vigencia 1° de abril de 2006

### LIMITACIONES GENERALES DE LOS BENEFICIOS

(consulte el Manual de Beneficios para los Miembros para obtener una lista completa y detalles)

- Cobertura de la ambulancia hasta la instalación más cercana para tratar la afección hasta 300 millas por año calendario para transporte terrestre/\$6,000 por año calendario para transporte aéreo cuando el transporte terrestre no sea adecuado.
- Biorretroalimentación para tratar migrañas o incontinencia urinaria hasta un máximo de por vida de 10 sesiones.
- Rehabilitación cardíaca: la Fase I está cubierta en los beneficios de hospital para pacientes hospitalizados, la Fase II está cubierta en los beneficios de hospital para pacientes ambulatorios hasta un máximo de por vida de \$1,000 (se requiere autorización previa), y la Fase III no está cubierta.
- La dependencia química está cubierta hasta estos máximos en cualquier período de 24 meses, comenzando con el primer día de servicio: para adultos, 12 días como pacientes hospitalizados, 15 días residenciales, 27 días como pacientes ambulatorios; para niños, 14 días como pacientes hospitalizados, 22 días residenciales, 36 días como pacientes ambulatorios.
- Los dispositivos anticonceptivos (dispositivo intrauterino, Norplant, diafragma, capuchón cervical, etc.) y la colocación y extracción están cubiertas; los dispositivos disponibles sin receta (condones, esponjas, espermicidas, etc.) no están cubiertos.
- La educación en manejo propio de la diabetes está cubierta cuando se diagnostica, y hasta tres horas de educación por año si se produce un cambio significativo.
- El equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) está cubierto hasta un máximo anual de \$5,000; se requiere autorización previa para gastos superiores a \$500. Un máximo de \$200 en lentes correctivos para corregir defectos de la visión resultados de un problema médico grave o de cirugía de los ojos excepto los procedimientos de refracción.
- La ortótica de los pies está cubierta cuando es necesario según el médico hasta un máximo de por vida de \$500.
- La salud mental o diagnóstico dual están cubiertos hasta estos máximos en cualquier período de 24 meses, comenzando con el primer día de servicio: para adultos, 14 días como pacientes hospitalizados, 27 días residenciales, 29 días como pacientes ambulatorios; para niños, 15 días como pacientes hospitalizados, 27 días residenciales, 29 días como pacientes ambulatorios.
- Excepto los trasplantes de córnea, los trasplantes de órganos/tejidos no están cubiertos hasta que haya estado inscrito durante 24 meses o desde el nacimiento. Los gastos de viaje/comidas/hospedaje para el receptor están limitados a \$5,000; no están cubiertos para la familia del receptor ni para el donante. Los cargos cubiertos de la instalación se pagan completamente para trasplantes en las instalaciones participantes. Para los trasplantes disponibles a través de instalaciones contratadas pero que se realizan en otro lugar, el plan paga el menor de \$100,000 o 70% de los cargos facturados.
- El cuidado dental pediátrico que requiere anestesia general tiene un máximo de por vida de \$1,000 para los cargos de la instalación (se requiere autorización previa).



**PacificSource**  
HEALTH PLANS

Descubra el origen.

- La terapia física u ocupacional (si son recetadas) están limitadas a 20 visitas por período de 12 meses comenzando con la primera fecha de servicio.
- Las afecciones preexistentes, comenzando en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura: para planes Preferred, la mayoría de los servicios están excluidos durante seis meses; para planes Prime y Choice, la mayoría de los servicios están sujetos a 50% de reducción de beneficios durante seis meses.
- La rehabilitación pulmonar (para pacientes ambulatorios) por enfermedades pulmonares crónicas graves tiene un máximo de por vida de \$1,000 (se requiere autorización previa).
- Los exámenes ginecológicos de rutina están cubiertos una vez por año calendario para las mujeres de 18 años de edad en adelante. Se incluyen pruebas de Papanicolaou, exámenes ginecológicos y de los senos, presión arterial, verificación del peso, además de una mamografía anual para mujeres de 35 años de edad en adelante, o según lo recomiende un médico para pacientes de alto riesgo; los servicios de laboratorio están limitados a sangre oculta, análisis de orina y un análisis del recuento sanguíneo completo.
- Exámenes médicos de rutina: para las edades de 2 a 6, un examen por año; para las edades de 7 a 18, un examen cada dos años; para las edades de 19 a 34, un examen cada cuatro años; para las edades de 35 a 39, un examen cada dos años; de 60 años en adelante, un examen por año.
- Las instalaciones de enfermería especializadas están cubiertas hasta 60 días por año calendario (se requiere autorización previa).
- La apnea del sueño y otros trastornos del sueño están cubiertos (se requiere autorización previa); \$500 máximo de por vida en dispositivos orales.
- La terapia del habla está limitada a un máximo de \$1,000 por año calendario.
- Los procedimientos quirúrgicos para las infecciones del oído interno/medio, los procedimientos quirúrgicos electivos, la extracción de las amígdalas/los adenoides, las vasectomías y las ligaduras de las trompas (excepto en el momento de un parto cubierto) no están cubiertos durante los primeros seis meses.
- Exámenes preventivos a bebés: un examen en el hospital al momento del nacimiento; seis exámenes más durante el primer año de vida; dos exámenes durante el segundo año de vida.

## SERVICIOS GENERALES EXCLUIDOS

(consulte el Manual de Beneficios para los Miembros para obtener una lista completa y detalles)

- Acupuntura, tratamiento naturopático, atención quiropráctica (a menos que exista un endoso a la póliza para atención alternativa/quiropática).
- Medicamentos anticonceptivos para cualquier diagnóstico (excepto lo que esté cubierto por el endoso a la póliza para medicamentos recetados, si existe).
- Servicios cosméticos o reconstructivos, excepto una reconstrucción posterior a una mastectomía
- Cuidado de custodia o cuidado diurno, incluyendo ayuda con las actividades diarias tales como caminar, acostarse, bañarse, vestirse, comer y preparación de comidas
- Exámenes dentales y tratamiento para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades de los dientes, los tejidos o las estructuras
- Dispositivos tales como auditivos, lentes correctivos o de contacto, auxiliares de la visión (a menos que exista un endoso a la póliza para servicios de la visión)



**PacificSource**  
HEALTH PLANS

Descubra el origen.

- Educación/capacitación para carrera, crecimiento personal, afirmación, sensibilidad, terapia de la imagen, relajamiento, manejo del estrés, crianza de los hijos, familia, autoayuda, para usar equipo médico o para administrarse a sí mismo medicamentos o nutrición (excepto la educación sobre la diabetes)
- Tratamiento experimental o de investigación
- Procedimientos de refracción de los ojos, ortóptica, terapia de la visión u otros servicios para corregir un error de refracción
- Cuidado de los pies (de rutina), excepto para pacientes que reciben tratamiento por padecer diabetes mellitus
- Vacunas para fines de viaje, ocupación o residencia en el extranjero
- Diagnóstico o tratamiento para infertilidad, esterilidad, impotencia, frigidez, disfunción sexual o transformación sexual
- Tratamiento o cirugía para la obesidad o el control del peso, incluso si existen razones médicas para controlar el peso
- Procedimientos ortognáticos
- Medicamentos recetados (excepto los cubiertos por el endoso de la póliza para medicamentos recetados, si existe) y medicamentos que se venden sin receta
- Servicios de enfermería de turno privados
- Servicios o tratamientos para la articulación temporomandibular (TMJ por sus siglas en inglés) para el dolor miofacial asociado con la misma, incluyendo terapia física o terapia oromiofacial.
- Tratamiento para cualquier afección causada por una guerra, invasión armada o acto de agresión, o mientras se presta servicio en las fuerzas armadas

## **CRÉDITO POR COBERTURA ANTERIOR**

*(consulte el Manual de Beneficios para los Miembros para obtener detalles)*

- Los miembros cubiertos por un plan de salud calificado antes de inscribirse en este plan podrían recibir crédito por cobertura anterior para reducir los períodos de exclusión o reducción para afecciones preexistentes, procedimientos quirúrgicos electivos y trasplantes



**PacificSource**  
HEALTH PLANS

**Descubra el origen.**

**PacificSource Health Plans**

PO Box 7068 • Eugene OR 97401-0068 • (541) 687-7047 • (877) 657-9797

[www.pacificsource.com](http://www.pacificsource.com)