Resumen de beneficios

Opción Advantage Base

Bend Chamber of Commerce

Copago	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red	Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red por año calendario	Máximo de gastos de bolsillo fuera de la red por año calendario	Deducible común por año calendario
$35/$60	30 % de coseguro (después del deducible)	50 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	$8,500 por persona $17,000 por familia (2 o más)	$8,500 por persona $17,000 por familia (2 o más)	$5,000 por persona $10,000 por familia (2 o más)

Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbase e inicie sesión en myprovidence.com.

- El deducible individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el deducible individual se aplica para cada miembro solo hasta que se alcance el deducible familiar.
- El máximo de gastos de bolsillo individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el gasto de bolsillo individual se aplica para cada miembro solo hasta que se alcance el gasto de bolsillo familiar.
- Sus deducibles están incluidos en el máximo de gastos de bolsillo indicado rriba.
- Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan por separado.
- Algunos servicios y multas no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.
- **Beneficio por accidente**: Los primeros $1,000 de servicios cubiertos dentro de los 90 días posteriores a un accidente están cubiertos hasta el beneficio máximo disponible y no están sujetos a un deducible. La lesión debe ocurrir en una fecha posterior a la fecha en que el miembro se haya inscrito en el plan. Si la lesión ocurre en una fecha anterior a haberse inscrito en el plan, el beneficio no se aplicará. El saldo tiene cobertura como se muestra a continuación. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
- Ciertos servicios requieren autorización previa.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red de Providence Signature y OHSU. Vea una lista de proveedores y farmacias dentro de la red en ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.
- Si opta por salir de la red, quizás quede sujeto a la facturación por costos que sean más elevados que los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos UCR.
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
- Obtenga más información sobre los servicios de prevención cubiertos con calificación "A" o "B" de U.S. Preventive Services Task Force, en ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Base	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos:	
✓No se necesita alcanzar ningún deducible antes de recibir este beneficio.	Copago o coseguro dentro de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor dentro de la red)	Copago o coseguro fuera de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor fuera de la red)
Visitas a proveedores a demanda		
• Providence ExpressCare Virtual	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
• Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare	Totalmente cubierto ✓	No corresponde
Atención preventiva		
• Exámenes de salud periódicos y atención de bebé sano	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Colonoscopía (edad 45+)	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Examen ginecológico (año calendario) y prueba de Papanicolaou	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Mamografías	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Cesación de tabaquismo: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
• Educación de autogestión de la diabetes	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Base (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
Servicios de médicos/proveedores		
• Visitas al consultorio del médico de cabecera (presenciales) (primeras 3 visitas dentro de la red: totalmente cubierto, con deducible exonerado, luego copago)	$35 / visita ✓	50 %
• Visitas al consultorio del médico de cabecera o Proveedores de atención alternativa (virtuales) (primeras 3 visitas dentro de la red: totalmente cubierto, con deducible exonerado, luego copago)	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Visitas al consultorio de especialistas/otros proveedores (presenciales y virtuales)	$60 / visita	50 %
• Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (por ejemplo, naturópata)	$35 / visita ✓	50 %
• Manipulaciones quiroprácticas (limitadas a 20 visitas por año calendario)	$35 / visita	$35 / visita
• Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)	$35 / visita	$35 / visita
• Inyecciones y sueros para alergias	$5	50 %
• Infusiones y medicamentos inyectables	30 %	50 %
• Cirugía, anestesia en un consultorio o centro	30 %	50 %
• Visitas de internación en hospital	30 %	50 %
Servicios de diagnóstico		
• Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)	30 %	50 %
• Servicios de imagenología con alta tecnología (TEP, TC o RM)	30 %	50 %
Servicios de emergencia y urgencia		
• Servicios de emergencia (solo para afecciones médicas de emergencia. Si lo ingresan al hospital, no se aplica el copago, todos los servicios quedarán sujetos a los beneficios para pacientes hospitalizados).	$250 + 30 %	$250 + 30 %
• Servicios de atención urgente (enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)	$60 / visita 30 %	50 % 30 %
• Transporte médico de emergencia (por aire o por tierra) (El transporte médico de emergencia está cubierto por sus beneficios dentro de la red, independientemente de que el proveedor esté o no dentro de la red)		
Servicios de hospital		
• Atención a pacientes internados y en observación	30 %	50 %
• Atención de rehabilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	30 %	50 %
• Atención de habilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	30 %	50 %
• Centro de enfermería especializada (Limitado a 60 días por año calendario)	30 %	50 %
• Servicios de articulación temporomandibular (TMJ) (Límite combinado de $1,000 por año calendario/$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	50 %	No cubierto
Servicios ambulatorios		
• Cirugía ambulatoria, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia, manipulación osteopática, programa de tratamiento del dolor (multidisciplinario)	30 %	50 %
• Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	20 %	50 %
• Servicios de articulación temporomandibular (TMJ) (Límite combinado de $1,000 por año calendario/$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	50 %	No cubierto
• Colonoscopía (no preventiva) en un centro basado en un hospital	30 %	50 %
• Colonoscopía (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	20 %	50 %
• Servicios de rehabilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	30 %	50 %
• Servicios de habilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	30 %	50 %
• Rehabilitación cardíaca (Dentro de la red, las primeras 16 visitas están totalmente cubiertas, sin deducible, después con deducible y coseguro)	30 %	50 %
• Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (Limitada a 10 visitas de por vida, los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental)	30 %	50 %
• Terapia de visión (convergencia insuficiente) (Limitada a 12 visitas en la vida)	30 %	50 %
Servicios de maternidad		
• Visitas prenatales al consultorio	Totalmente cubierto ✓	50 %
• Servicios de parto y posparto	30 %	50 %
• Servicios de internación en hospital/centro	30 %	50 %
• Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales	30 %	50 %

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Base (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
Equipos, suministros y dispositivos médicos		
• Equipo médico, artefactos, prótesis/ortesis y suministros (Audífonos limitados a 1 por oído cada 3 años calendario, en dentro de la red con deducible exonerado)	30 %	50 %
• Suministros para diabetes (Como lancetas, tiras de prueba, agujas y controles de sangre y glucosa continuos)	30 % ✓	50 %
• Ortesis personalizadas removibles para zapatos	30 % ✓	50 % ✓
• Aparato bucal para la apnea del sueño (Limitado fuera de la red a $2,000 por año calendario)	30 %	50 %
Trastorno relacionado con salud mental o consumo de sustancias		
Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa.		
• Servicios de internación y domiciliarios	30 %	50 %
• Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	30 %	50 %
• Análisis conductual aplicado	30 %	50 %
• Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (presenciales)(primeras 3 visitas dentro de la red: totalmente cubierto, con deducible exonerado, luego copago)	$35 / visita ✓	50 %
• Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (virtuales)(primeras 3 visitas dentro de la red: totalmente cubierto, con deducible exonerado, luego copago)	Totalmente cubierto ✓	50 %
Salud en el hogar y cuidados paliativos		
• Atención médica en el hogar	30 %	50 %
• Cuidados paliativos	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓

Guía para los términos y frases usados para explicar sus beneficios

Coseguro
El porcentaje del costo que quizá deba pagar por un servicio cubierto.
Copago
El monto fijo en dólares que usted paga a un proveedor de atención médica por un servicio cubierto en el momento en que se proporciona la atención.
Deducible
El monto en dólares que paga un individuo o familia por servicios cubiertos antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o una familia:

- Servicios no cubiertos por su plan
- Tarifas que superen los cargos usuales, habituales y razonables (UCR) según lo establece su plan
- Multas en las que se incurre si no cumple con los requisitos de autorización previa de su plan
- Los copagos y el coseguro para servicios que no se aplican al deducible

Dentro de la red
Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de médicos altamente calificados, proveedores de atención médica y centros con contrato con Providence Health Plan para su plan específico. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de proveedores dentro de la red.
Limitaciones y exclusiones
Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Encontrará una lista completa en el Manual para miembros o en su contrato.
Visitas a consultorio virtuales
Visitas programadas con el médico de cabecera o especialista del miembro usando una aplicación de teleconferencias como Zoom.
Fuera de la red
Se refiere a los servicios que recibe de proveedores que no están en la red de su plan. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Un proveedor fuera de la red no tiene tarifas acordadas con Providence Health Plan, por lo que se puede aplicar la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.

Máximo de gastos de bolsillo
El monto límite en dólares que una persona o familia paga por servicios cubiertos especificados en un año del plan. Este plan tiene máximos de gastos de bolsillo dentro y fuera de la red. Estos máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado y no se combinan. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo individual o familiar. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
Médico de cabecera
Un médico o profesional calificado que puede proporcionar la mayor parte de su atención y, cuando es necesario, coordinará la atención con otros proveedores de un modo práctico y económico.
Autorización previa
Algunos servicios deben ser aprobados previamente. Dentro de la red, su proveedor solicitará la autorización previa. Fuera de la red, usted será responsable de obtener la autorización previa.
Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare
Una clínica médica sin cita previa, que no es un consultorio, centro de atención urgente, farmacia ni clínica independiente y que se encuentra dentro de un centro comercial. Una clínica médica en local comercial ofrece visitas en el mismo día por enfermedades y lesiones básicas.
Providence ExpressCare Virtual
Servicios para afecciones comunes (tales como dolor de garganta, tos, fiebre, etc.) usando la plataforma de Providence en línea a través de una tableta, teléfono inteligente o computadora para citas para el mismo día.
Usuales, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).
Describe los cargos que su plan permite pagar por servicios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Cuando el costo de los servicios fuera de la red supera los montos UCR, usted es responsable de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estos montos no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.

Comuníquese con nosotros

Con oficinas centrales en Portland, nuestros profesionales de servicio al cliente atienden con orgullo a sus miembros desde 1986.

Área metropolitana de Portland: 503-574-7500
Todas las demás áreas: 800-878-4445
TTY: 503-574-8702 o 888-244-6642

¿Tiene preguntas sobre sus beneficios y desea contactarnos por correo electrónico? Visite nuestro sitio web en: www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus

Declaración de no discriminación

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles, por lo que no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a nadie ni tratan diferente a nadie debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como p. ej.:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporcionan servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como p. ej.:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si es usted miembro de Medicare y necesita estos servicios, llame al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445. Los miembros con discapacidades auditivas pueden llamar a nuestra línea de TTY a través del 711.

Si considera que Providence Health Plan o Providence Health Assurance no le brindaron estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra forma en virtud de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan y Providence Health Assurance
Attn: Non-discrimination Coordinator
PO Box 4158
Portland, OR 97208-4158

Si necesita ayuda para presentar una queja y es miembro de Medicare, llame al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (línea de TTY: 711) para pedir ayuda. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW - Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

Language Access Information

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800- 878-4445 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-878-4445 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-878-4445 (رقم هاتف الصم والبكم: (TTY: 711).

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-878-4445 (TTY: 711).

របយ័តន៖ េបើសិនជាអន កនិយាយ ភាសាែខម រ, េសវាជនួ យែផនកភាសា េដាយមិនគិតឈន លួ គឺអាចមានសំរាប់បំេរអន ក។ ចូ រ ទូរស័ពទ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

دیریب گ. ش ما یب راگ انیرا بص ورت یزب ان التیتس ه ،دیک ن یم گفتگ و یف ارس زب ان ب ه اگ ر :توج ه
ف یم باش د .ب ا(TTY: 711) 1-800-878-4445 تم اس

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-878-4445 (ATS : 711).

เรียน: ถ้าคณพูดภาษาไทยคณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-878-4445 (TTY: 711)