



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, [ProvidenceHealthPlan.com](http://ProvidenceHealthPlan.com). For definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) or call 1-800-878-4445 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall <a href="#">deductible</a> ?	\$0 at Indian Health Care Provider (IHCP) or with IHCP <a href="#">referral</a> at non-IHCP; <a href="#">In-Network</a> : \$500 person / \$1,000 family (2 or more).	Generally, you must pay all of the costs from <a href="#">providers</a> up to the <a href="#">deductible</a> amount before this <a href="#">plan</a> begins to pay. If you have other family members on the <a href="#">plan</a> , each family member must meet their own individual <a href="#">deductible</a> until the total amount of <a href="#">deductible</a> expenses paid by all family members meets the overall family <a href="#">deductible</a> .
Are there services covered before you meet your <a href="#">deductible</a> ?	Yes. Most <a href="#">preventive care in-network</a> . Services received at an IHCP or with an IHCP <a href="#">referral</a> are covered at no charge.	This <a href="#">plan</a> covers some items and services even if you haven't yet met the <a href="#">deductible</a> amount. But a <a href="#">copayment</a> or <a href="#">coinsurance</a> may apply. For example, this <a href="#">plan</a> covers certain <a href="#">preventive services</a> without <a href="#">cost-sharing</a> and before you meet your <a href="#">deductible</a> . See a list of covered <a href="#">preventive services</a> at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Are there other <a href="#">deductibles</a> for specific services?	No.	You don't have to meet <a href="#">deductibles</a> for specific services.
What is the <a href="#">out-of-pocket limit</a> for this <a href="#">plan</a> ?	<a href="#">In-Network</a> : \$5,250 person / \$10,500 family (2 or more).	The <a href="#">out-of-pocket limit</a> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <a href="#">plan</a> , they have to meet their own <a href="#">out-of-pocket limits</a> until the overall family <a href="#">out-of-pocket limit</a> has been met.
What is not included in the <a href="#">out-of-pocket limit</a> ?	<a href="#">Premiums</a> , <a href="#">balance billing</a> , penalties, massage therapy, services not covered, fees above <a href="#">UCR</a> .	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <a href="#">out-of-pocket limit</a> .
Will you pay less if you use a <a href="#">network provider</a> ?	Yes. See <a href="http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider">ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider</a> or call 1-800-878-4445 for a list of <a href="#">network providers</a> . Services received from Indian Health Services (IHS) <a href="#">providers</a> are covered in full.	This <a href="#">plan</a> uses a <a href="#">provider network</a> . You will pay less if you use a <a href="#">provider</a> in the <a href="#">plan's network</a> . You will pay the most if you use an <a href="#">out-of-network provider</a> , and you might receive a bill from a <a href="#">provider</a> for the difference between the <a href="#">provider's</a> charge and what your <a href="#">plan</a> pays ( <a href="#">balance billing</a> ). Be aware your <a href="#">network provider</a> might use an <a href="#">out-of-network provider</a> for some services (such as lab work). Check with your <a href="#">provider</a> before you get services.
Do you need a <a href="#">referral</a> to see a <a href="#">specialist</a> ?	Yes.	This <a href="#">plan</a> will pay some or all of the costs to see a <a href="#">specialist</a> for covered services but only if you have a <a href="#">referral</a> before you see the <a href="#">specialist</a> .



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least)	Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more)	Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
<b>If you visit a health care <a href="#">provider's</a> office or clinic</b>	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	\$15 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Some services such as lab and x-ray will include additional member costs. Phone and video visits are covered in full <a href="#">in-network</a> .
	<a href="#">Specialist</a> visit	No charge	\$40 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Some services such as lab and x-ray will include additional member costs.
	<a href="#">Preventive care/screening/immunization</a>	No charge	No charge; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Not all <a href="#">preventive services</a> are required to be covered in full by the ACA. For more information on <a href="#">preventive services</a> that are covered in full see: <a href="https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf">https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf</a> . You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
<b>If you have a test</b>	<a href="#">Diagnostic test</a> (x-ray, blood work)	No charge	Lab: \$20 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply X-ray: \$30 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	\$300 <a href="#">copay</a> /per visit	Not covered	<a href="#">Prior authorization</a> required.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least)	Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more)	Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <a href="#">prescription drug coverage</a> is available at <a href="http://ProvidenceHealthPlan.com">ProvidenceHealthPlan.com</a>	Tier 1 drugs	No charge retail	\$10 <a href="#">copay</a> /per 30 day supply retail; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	ACA Preventive drugs are covered in full <a href="#">in-network</a> . Covers up to a 30-day supply (retail); 90-day mail-order supply covered at 2 times the retail <a href="#">copay</a> or 5% less than the retail <a href="#">coinsurance</a> . <a href="#">Prior authorization</a> may apply. If a brand-name drug is requested when a generic is available, you will pay the difference in cost, plus your Tier 4 or Tier 6 cost-share. <a href="#">Specialty drugs</a> (listed in Tier 5 and Tier 6 on your formulary) can only be purchased at a participating specialty pharmacy (limited to 30 days).
	Tier 2 drugs	No charge retail	\$10 <a href="#">copay</a> /per 30 day supply retail; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	
	Tier 3 drugs	No charge retail	\$60 <a href="#">copay</a> /per 30 day supply retail; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	
	Tier 4 drugs	No charge retail	\$100 <a href="#">copay</a> /per 30 day supply retail; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	
	Tier 5 drugs	No charge retail	\$100 <a href="#">copay</a> /per 30 day supply retail; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	
	Tier 6 drugs	No charge retail	\$100 <a href="#">copay</a> /per 30 day supply retail; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	
<b>If you have outpatient surgery</b>	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	No charge	\$350 <a href="#">copay</a> /per visit	Not covered	<a href="#">Prior authorization</a> required.
	Physician/surgeon fees	No charge	\$75 <a href="#">copay</a> /per visit	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least)	Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more)	Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
<b>If you need immediate medical attention</b>	<a href="#">Emergency room care</a>	No charge	\$450 <a href="#">copay</a> /per visit	\$450 <a href="#">copay</a> /per visit	For <a href="#">emergency medical conditions</a> only. If admitted to hospital, all services subject to inpatient benefits.
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	No charge	\$375 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	\$375 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	None
	<a href="#">Urgent care</a>	No charge	\$35 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply <a href="#">in-network</a>	\$35 <a href="#">copay</a> /per visit	Some services will include additional member costs.
<b>If you have a hospital stay</b>	Facility fee (e.g., hospital room)	No charge	\$525 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	<a href="#">Prior authorization</a> required. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay
	Physician/surgeon fees	No charge	Bundled with Inpatient Facility Fee	Not covered	
<b>If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services</b>	Outpatient services	No charge	\$15 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	All services except <a href="#">provider</a> office visits must be <a href="#">prior authorized</a> . See your benefit summary for ABA services. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay
	Inpatient services	No charge	Bundled with Inpatient Facility Fee	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least)	Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more)	Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
<b>If you are pregnant</b>	Office visits	No charge	No charge; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	None
	Childbirth/delivery professional services	No charge	Bundled with Inpatient Childbirth Delivery Facility Fee	Not covered	There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay
	Childbirth/delivery facility services	No charge	\$525 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least)	Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more)	Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	<a href="#">Home health care</a>	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	<a href="#">Prior authorization</a> required. Limited to 130 days for <a href="#">in-network providers</a> per calendar year.
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	No charge	Inpatient: Bundled with Inpatient Facility Fee Outpatient - Physical Therapy: \$25 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply Outpatient - Occupational & Speech Therapy: \$25 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Inpatient services: Limited to 30 days for <a href="#">in-network providers</a> per calendar year. <a href="#">Prior authorization</a> required. Outpatient services: Limited to 25 visits for <a href="#">in-network providers</a> per calendar year. Limits do not apply to Mental Health Services. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay
	<a href="#">Habilitation services</a>	No charge	Inpatient: Bundled with Inpatient Facility Fee Outpatient: \$25 <a href="#">copay</a> /per visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Inpatient services: Limited to 30 days for <a href="#">in-network providers</a> per calendar year. <a href="#">Prior authorization</a> required. Outpatient services: Limited to 25 visits for <a href="#">in-network providers</a> per calendar year. Limits do not apply to Mental Health Services. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay			Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least)	Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more)	Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	No charge	\$350 <a href="#">copay</a> /per day	Not covered	<a href="#">Prior authorization</a> required. Limited to 60 days for <a href="#">in-network providers</a> per calendar year. For instances where there is a co-pay for Skilled Nursing Facility and All Inpatient Hospital Services, it is a per-day co-pay (with a limit of 5 copays for an inpatient stay). For instance, a two-day stay would result in two co-pays.
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	No charge	Diabetic Supplies: 20% <a href="#">coinsurance</a> ; <a href="#">deductible</a> does not apply All other equipment: 20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	Diabetic Supplies: <a href="#">deductible</a> does not apply
	<a href="#">Hospice services</a>	No charge	20% <a href="#">coinsurance</a>	Not covered	<a href="#">Prior authorization</a> required. Respite care: Limited to 14 days per lifetime for <a href="#">in-network providers</a> .
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge	No charge; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Limited to 1 exam per calendar year.
	Children's glasses	No charge	No charge; <a href="#">deductible</a> does not apply	Not covered	Limited to 1 pair per calendar year.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Not covered	None

**Excluded Services & Other Covered Services:**

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Bariatric surgery
- Hearing aids (except Cochlear Implants)
- Routine eye care (Adult)
- Cosmetic surgery (with certain exceptions)
- Infertility treatment
- Routine foot care (covered for diabetics)

- Dental care (Adult)
- Dental care (Child)
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Voluntary termination of pregnancy
- Weight loss programs

**Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)**

- Acupuncture (limits apply)
- Chiropractic care (limits apply)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S. See [ProvidenceHealthPlan.com](http://ProvidenceHealthPlan.com)

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Washington Office of Insurance Commissioner at 360-725-7000 or 800-562-6900 or go to <http://www.insurance.wa.gov/>, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or <http://www.cciio.cms.gov>. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318-2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Providence Health Plan at 1-800-878-4445, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, or you can contact the Washington Office of Insurance Commissioner by:

- Calling 360-725-7000 or 800-562-6900
- Writing to the Washington Office of Insurance Commissioner at P.O. Box 40256 Olympia, WA 98504-0256
- Through the website at [www.insurance.wa.gov/](http://www.insurance.wa.gov/)

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes**

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

**Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes**

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

**Language Access Services:**

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-878-4445 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

*To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*



**PRA Disclosure Statement:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately one minute per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email [ebesa.opr@dol.gov](mailto:ebesa.opr@dol.gov) and reference the OMB Control Number 12100123.

## About these Coverage Examples:



**This is not a cost estimator.** Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#), and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby (9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)		Managing Joe's Type 2 Diabetes (a year of routine in-network care of a well-controlled condition)		Mia's Simple Fracture (in-network emergency room visit and follow up care)	
■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$500	■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$500	■ The <a href="#">plan's</a> overall <a href="#">deductible</a>	\$500
■ <a href="#">Specialist copayment</a>	\$40	■ <a href="#">Specialist copayment</a>	\$40	■ <a href="#">Specialist copayment</a>	\$40
■ Hospital (facility) <a href="#">copayment</a>	\$525	■ Hospital (facility) <a href="#">copayment</a>	\$525	■ Hospital (facility) <a href="#">copayment</a>	\$525
■ Other <a href="#">coinsurance</a>	20%	■ Other <a href="#">coinsurance</a>	20%	■ Other <a href="#">coinsurance</a>	20%
<p><b>This EXAMPLE event includes services like:</b>  <a href="#">Specialist</a> office visits (<i>pre-natal care</i>)                      Childbirth/Delivery Professional Services                      Childbirth/Delivery Facility Services  <a href="#">Diagnostic tests</a> (<i>ultrasounds and blood work</i>)  <a href="#">Specialist</a> visit (<i>anesthesia</i>)</p>		<p><b>This EXAMPLE event includes services like:</b>  <a href="#">Primary care physician</a> office visits (<i>including disease education</i>)  <a href="#">Diagnostic tests</a> (<i>blood work</i>)  <a href="#">Prescription drugs</a>  <a href="#">Durable medical equipment</a> (<i>glucose meter</i>)</p>		<p><b>This EXAMPLE event includes services like:</b>  <a href="#">Emergency room care</a> (<i>including medical supplies</i>)  <a href="#">Diagnostic test</a> (<i>x-ray</i>)  <a href="#">Durable medical equipment</a> (<i>crutches</i>)  <a href="#">Rehabilitation services</a> (<i>physical therapy</i>)</p>	
<b>Total Example Cost</b>	<b>\$12,700</b>	<b>Total Example Cost</b>	<b>\$5,600</b>	<b>Total Example Cost</b>	<b>\$2,800</b>
<b>In this example, Peg would pay:</b>		<b>In this example, Joe would pay:</b>		<b>In this example, Mia would pay:</b>	
<a href="#">Cost-Sharing</a>		<a href="#">Cost-Sharing</a>		<a href="#">Cost-Sharing</a>	
<a href="#">Deductibles</a>	\$0	<a href="#">Deductibles</a> *	\$500	<a href="#">Deductibles</a> *	\$500
<a href="#">Copayments</a>	\$2,000	<a href="#">Copayments</a>	\$1,200	<a href="#">Copayments</a>	\$1,100
<a href="#">Coinsurance</a>	\$0	<a href="#">Coinsurance</a>	\$60	<a href="#">Coinsurance</a>	\$50
<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60	Limits or exclusions	\$20	Limits or exclusions	\$0
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$2,060</b>	<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$1,780</b>	<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$1,650</b>

\*Note: These numbers assume the patient received care from an IHCP provider or with IHCP referral at a non-IHCP. If you receive care from a non-IHCP provider without a referral from an IHCP your costs may be higher.

### **Non-Discrimination Statement:**

Providence Health Plan and Providence Health Assurance comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Providence Health Plan and Providence Health Assurance do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Providence Health Plan and Providence Health Assurance:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you are a Medicare member who needs these services, call 503-574-8000 or 1-800-603-2340. All other members can call 503-574-7500 or 1-800-878-4445. Hearing impaired members may call our TTY line at 711.

If you believe that Providence Health Plan or Providence Health Assurance has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Non-discrimination Coordinator by mail:

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

If you need help filing a grievance, and you are a Medicare member call 503-574-8000 or 1-800-603-2340. All other members can call 503-574-7500 or 1-800-878-4445. (TTY line at 711) for assistance. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, siglas en inglés) es un documento que ayuda a elegir un [plan](#) médico. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: la información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se ofrecerá aparte. Esto es sólo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite : [www.ProvidenceHealthPlan.com](http://www.ProvidenceHealthPlan.com). Para la definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), véase el glosario. Puede ver dicho glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-800-878-4445 para solicitar una copia del mismo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0 por persona con proveedor IHCP (Indian Health Care) o <a href="#">referido</a> de éste en centro no IHCP; <a href="#">en la red</a> : \$500 por persona / \$1,000 por familia (2 ó más).	Por lo general, para que este <a href="#">plan</a> comience a pagar debe Ud. primero cumplir los costos de <a href="#">proveedores</a> sanitarios hasta cumplir con el <a href="#">deducible</a> . Si tiene a otros familiares en este <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos tendrá que cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el total de gastos de <a href="#">deducible</a> pagado por toda la familia cumpla con el <a href="#">deducible</a> familiar global.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Se dispensa para la <a href="#">mayoría de cuidados preventivos dentro de la red</a> . Se cubre sin costo la atención recibida en centros IHCP o con <a href="#">referido</a> de éste.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios aún sin cumplir el total del <a href="#">deducible</a> pero tal vez se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> ; por ejem., cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos e incluso antes de cumplir el <a href="#">deducible</a> . Lista de servicios preventivos cubiertos: <a href="http://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits">www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits</a> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	<a href="#">En la red</a> : \$5,250 por persona; \$10,500 por familia (2 ó más).	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este <a href="#">plan</a> , deberán ellos cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta lograr el límite general de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué es lo que no se incluye en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación del saldo</a> , multas, copagos por servicios de la vista para adultos, quiropráctica, servicios no cubiertos o cuotas arriba del <a href="#">UCR</a> .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Sí: <a href="http://www.ProvidenceHealthPlan.com/Provider">www.ProvidenceHealthPlan.com/Provider</a> o llame al 1-800-878-4445 para ver la lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . La atención de <a href="#">proveedores</a> y servicios de IHS (Indian Health Services) se cubre de lleno.	Este <a href="#">plan</a> cuenta con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Ud. paga menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> del <a href="#">plan</a> . Ud. paga más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y quizá reciba factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo de <a href="#">éste</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Recuerde que el <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Averigüe antes de recibir el servicio.
¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí.	Este <a href="#">plan</a> paga algo del, o todo el costo de ciertos servicios cubiertos con el <a href="#">especialista</a> pero únicamente teniendo un <a href="#">referido</a> antes de la consulta.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos)	Proveedor no IHCP en la red (paga usted más)	Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo)	
<b>Si acude a consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> de salud.</b>  NOTA: visita = consulta	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No se cobra	\$15 <a href="#">copago</a> / visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las consultas por teléfono o por video <a href="#">dentro de la red</a> se cubren por completo.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	No se cobra	\$40 <a href="#">copay</a> / visita; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	Algunos servicios como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales.
	<a href="#">Atención preventiva/examen de detección</a> /vacuna	No se cobra	No se cobra; no aplica <a href="#">deducible</a>	No se cubre	No se exige que cada <a href="#">servicio preventivo</a> sea cubierto de lleno por la ACA. Más información: <a href="https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf">https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf</a> . Quizá tenga que pagar por servicios no preventivos. Pregunte al <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego averigüe con su plan médico lo que éste pagará.
<b>Si se le hace un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	No se cobra	Laboratorio: \$20 <a href="#">copago</a> / visita; no aplica el <a href="#">deducible</a> ; rayos-X: \$30 <a href="#">copago</a> / visita; no aplica el <a href="#">deducible</a>	No se cubre	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No se cobra	\$300 <a href="#">copago</a> / visita	No se cubre	<a href="#">Prior authorization</a> required.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos)	Proveedor no IHCP en la red (paga usted más)	Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo)	
<p><b>Si necesita un medicamento para el tratamiento de su enfermedad.</b></p> <p><b>Más información sobre la <a href="#">cobertura para medicamentos recetados</a>: <a href="http://www.ProvidenceHealthPlan.com">www.ProvidenceHealthPlan.com</a></b></p>	Fármaco del nivel 1	Sin costo al menudeo	\$10 <a href="#">copago</a> / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	<p>Los medicamentos preventivos de ACA se cubren de lleno <a href="#">dentro de la red</a>. Se cubre una provisión de hasta 30 días (menudeo); la provisión de 90 días (menudeo preferido y orden por correo postal) se cubre a 2 veces del <a href="#">copago</a> menudeo ó 5% menos del <a href="#">coseguro</a> menudeo. Puede aplicar la <a href="#">previa autorización</a>. Si se pide una medicina de marca habiendo disponible la genérica, usted paga la diferencia del costo, más el <a href="#">costo-compartido</a> de nivel 4 ó nivel 6. <a href="#">Los medicamentos de especialidad</a> (listados en los niveles 5 y 6 del <a href="#">Formulario</a>) sólo se pueden comprar en farmacias participantes de especialidad (límite de 30 días).</p>
	Fármaco del nivel 2	Sin costo al menudeo	\$10 <a href="#">copago</a> / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	
	Fármaco del nivel 3	Sin costo al menudeo	\$60 <a href="#">copago</a> / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	
	Fármaco del nivel 4	Sin costo al menudeo	\$100 <a href="#">copago</a> / por provisión 30 días, venta menudeo.	No se cubre	
	Fármaco del nivel 5	Sin costo al menudeo	\$100 <a href="#">copago</a> / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	
	Fármaco del nivel 6	Sin costo al menudeo	\$100 <a href="#">copago</a> / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	
<p><b>Si se somete a una operación de paciente ambulatorio</b></p>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No se cobra	\$350 <a href="#">copago</a> / visita	No se cubre	<p>Se exige <a href="#">previa autorización</a>.</p>
	Honorarios del médico/cirujano	No se cobra	\$75 <a href="#">copago</a> / visita	No se cubre	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos)	Proveedor no IHCP en la red (paga usted más)	Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de urgencias (emergency)</a>	No se cobra	\$450 <a href="#">copago</a> / visita	\$450 <a href="#">copago</a> / visita	Sólo para casos <a href="#">médicos de emergencia</a> . Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	No se cobra	\$375 <a href="#">copago</a> / visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> .	\$375 <a href="#">copago</a> / visita; no se aplica el <a href="#">deducible</a> .	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	No se cobra	\$35 <a href="#">copago</a> / visita; no aplica <a href="#">deducible en la red</a> .	\$35 <a href="#">copago</a> / visita	Ciertos servicios incluirán costos por añadir otros miembros.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No se cobra	\$525 <a href="#">copago</a> / visita; no aplica <a href="#">deducible en la red</a> .	No se cubre	Aplica <a href="#">copago</a> para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 <a href="#">copagos</a> por estancia.
	Honorarios del médico/cirujano	No se cobra	Paquete: tarifa de paciente interno de hospital.	No se cubre	
Si necesita servicio de salud mental, del comportamiento o toxicomanías.	Servicios ambulatorios	No se cobra	\$15 <a href="#">copago</a> / consulta; no se aplica el <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	Todo servicio, salvo consultas con el <a href="#">proveedor</a> exigen <a href="#">previa autorización</a> . Véase el Resumen de beneficios respecto a servicios ABA.
	Servicios internos	No se cobra	Paquete: tarifa de paciente interno de hospital.	No se cubre	Aplica <a href="#">copago</a> para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 <a href="#">copagos</a> por estancia.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos)	Proveedor no IHCP en la red (paga usted más)	Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra	No se cobra; no aplica <a href="#">deducible</a>	No se cubre	Ninguna
	Servicios de parto profesionales	No se cobra	Paquete: tarifa de parto, paciente internada.	No se cubre	Aplica <a href="#">copago</a> para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 <a href="#">copagos</a> por estancia.
	Servicios en instalaciones de partos profesionales	No se cobra	\$525 <a href="#">copago</a> / visita; no aplica <a href="#">deducible</a>	No se cubre	Aplica <a href="#">copago</a> para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 <a href="#">copagos</a> por estancia.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en hogar</a>	No se cobra	20% <a href="#">coseguro</a>	No se cubre	Se exige <a href="#">previa autorización</a> . Limitado a 130 días año calendario con <a href="#">proveedores de la red</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No se cobra	Paciente interno, paquete con tarifa de internado. Ambulatorio, terapia física \$25 <a href="#">copago</a> ; no aplica <a href="#">deducible</a> ; terapia del habla y terapia ocupacional: \$25 <a href="#">copago</a> ; no aplica <a href="#">deducible</a> .	No se cubre	Paciente interno: límite 30 días año calendario. Se exige <a href="#">previa autorización</a> ; ambulatorio: límite de 25 visitas por año calendario con <a href="#">proveedores de la red</a> . Aplica un <a href="#">copago</a> para todo servicio de paciente interno, incluso costos profesionales y de internado por día; máx. 5 copagos por estancia. Los límites no aplican a servicios de salud mental.



Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos)	Proveedor no IHCP en la red (paga usted más)	Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo)	
	Servicios de habilitación	No se cobra	Paciente interno, paquete con tarifa de internado. Terapia física, paciente ambulatorio: \$25 <b>copago</b> ; no aplica <b>deducible</b> .	No se cubre	Paciente interno: límite 30 días año calendario. Se exige <b>previa autorización</b> ; ambulatorio: límite de 25 visitas por año calendario con <b>proveedores de la red</b> . Aplica un <b>copago</b> para todo servicio de paciente interno, incluso costos profesionales y de internado por día; máx. 5 <b>copagos</b> por estancia. Los límites no aplican a servicios de salud mental.
	Cuidado de enfermería especializada	No se cobra	\$350 <b>copago</b> / por día	No se cubre	Se exige <b>previa autorización</b> . Límite de 60 días por año calendario con <b>proveedores de la red</b> . Si hay <b>copago</b> de enfermería especializada para paciente interno, sería un <b>copago</b> por día (limitado a 5 <b>copagos</b> por estancia); por ej., una estancia de dos días resulta en dos <b>copagos</b> .
	Equipo médico duradero	No se cobra	Suministros de diabetes 20% <b>coseguro</b> . No aplica <b>deducible</b> . Demás equipo: 20% <b>coseguro</b> .	No se cubre	Suministros diabéticos: no aplica el <b>deducible</b>
	<u>Servicios de hospicio (paliativos)</u>	No se cobra	20% <b>coseguro</b>	No se cubre	Se exige <b>previa autorización</b> . Cuidado de relevo: límite de 14 días de x vida, <b>proveedores de la red</b> .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos)	Proveedor no IHCP en la red (paga usted más)	Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo)	
Si su hijo(a) necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No se cobra	No se cobra; no aplica <a href="#">deducible</a>	No se cubre	Límite de 1 examen por año calendario.
	Anteojos para sus hijos	No se cobra	No se cobra; no aplica <a href="#">deducible</a>	No se cubre	Limitado a 1 par por año calendario.
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre	No se cubre	No se cubre	Ninguna

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

Servicios que su [plan](#) generalmente **NO** cubre (consulte el documento o póliza de su [plan](#) para más información y lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (salvo ciertas excepciones)
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (hijos)
- Auxiliares auditivos (excepto Cochlear)
- Tratamientos de infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Atención de rutina de los pies (se cubre para diabetes)
- Terminación voluntaria de embarazo
- Programas para pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa, favor de consultar el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (aplican límites)
- Atención quiropráctica (aplican límites)
- Atención médica que no es de emergencia al viajar fuera de los EE.UU. Véase: [www.ProvidenceHealthPlan.com](http://www.ProvidenceHealthPlan.com)

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de tales agencias es: Oregon Division of Financial Regulation 1-888-877-4894; por correo-e: [DFR.InsuranceHelp@oregon.gov](mailto:DFR.InsuranceHelp@oregon.gov) o bien, en <https://dfr.oregon.gov/help/Pages/index.aspx>; o al Dpto. de trabajo, administración de la seguridad de beneficios del empleado 1-866-444-3272 ó en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o al Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 1-877-267-2323, x61565 ó bien, en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Quizá existan también otras alternativas de cobertura para usted, incluso mediante la compra de seguro individual a través de [Health Insurance Marketplace](#). Para más informes sobre [Marketplace](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** hay agencias que pueden ayudarle si tiene quejas contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Providence Health Plan al: 1-800-878-4445, a la Administración de seguridad de beneficios del empleado, del departamento de trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al número : 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o bien, puede contactar la División reguladora de finanzas de Oregon) :

• Tel: 360-725-7000 ó 800-562-6900 • Escrito: Washington Office of Insurance Commissioner / P.O. Box 40256 / Olympia, WA 98504 • Internet: [www.insurance.wa.gov/](http://www.insurance.wa.gov/)

### **¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general incluye [planes de salud](#), [seguro médico](#) disponible a través de [Marketplace](#) u otras pólizas individuales en el mercado, así como Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otras más. Si cumple con los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#) quizá no logre el [crédito de impuesto de prima](#) ([premium tax credit](#)).

### **¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podría calificar para el [premium tax credit](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través de [Marketplace](#).

### **Servicios de acceso a otros idiomas:**

Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Navajo (dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-878-4445 (TTY: 711) Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong

sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711)

**Declaración de la Ley de reducción documentaria (siglas en inglés PRA):** De acuerdo a la Ley de reducción documentaria (o de papeleo) de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se exigirá a persona alguna responder a una recolección de datos a menos que la recolección muestre un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que ninguna agencia federal podrá llevar a cabo o auspiciar una colección de datos a menos que ésta sea aprobada por la OMB bajo el endoso de la PRA, que muestre el número válido de control, y que no se exija al público responder a una tal recolección de datos –a menos que muestre el número válido de control OMB al corriente. Véase 44 U.S.C. 3507. Igual, y pese a otras provisiones legales, ninguna persona queda sujeta a sanción por no cumplir con la recolección de datos si ésta no muestra el número válido de control OMB vigente. Véase 44 U.S.C. 3512.

El tiempo de carga estimado para reportar la recolección de datos promedia aprox. un minuto por respuesta. Se recomienda a las partes interesadas enviar comentarios respecto a esta duración o de cualquier otro aspecto de la recolección –incluso sugerencias para disminuir la respectiva carga– a:

- **U.S. Department of Labor** / Office of Policy & Research / PRA Clearance Officer / 200 Constitution Avenue, NW Room N-5718 / Washington, DC 20210
- Por correo-e: [ebsa@dol.gov](mailto:ebsa@dol.gov) (anote en su correspondencia la referencia del No. de control OMB: 12100123).

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Acerca de los ejemplos de cobertura mostrados abajo:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos mostrados aquí son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Sus costos serán diferentes en función de la atención médica que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Vea con cuidado las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)), así como [servicios excluidos](#) bajo este [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan sólo en la cobertura individual de sí mismo (en inglés 'self-only coverage'). **NOTA:** visita = consulta.

<b>Peg está embarazada</b> (9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)		<b>Control de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red y de enfermedad bien atendida / controlada)		<b>Fractura simple de Mia</b> (consultas a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
▪ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500	▪ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500	▪ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
▪ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$40	▪ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$40	▪ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$40
▪ Hospital (centro médico) <a href="#">coseguro</a>	\$525	▪ Hospital (centro médico) <a href="#">coseguro</a>	\$525	▪ Hospital (centro médico) <a href="#">coseguro</a>	\$525
▪ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%	▪ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%	▪ Otro <a href="#">coseguro</a>	20%
<b>Este EJEMPLO incluye servicios como:</b> visitas al <a href="#">especialista</a> ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios de parto profesionales Servicios de instalaciones de partos profesionales <a href="#">Pruebas diagnósticas</a> ( <i>ultrasonido, análisis sangre</i> ) Visita al <a href="#">especialista</a> ( <i>anestesia</i> )		<b>Este EJEMPLO incluye servicios como:</b> visitas de <a href="#">atención médica primaria</a> ( <i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i> ) <a href="#">Pruebas diagnósticas</a> ( <i>análisis de sangre</i> ) <a href="#">Medicamentos de receta</a> <a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>medidor de glucosa</i> )		<b>Este EJEMPLO incluye servicios como:</b> <a href="#">sala de emergencias</a> ( <i>incluye materiales médicos</i> ) <a href="#">Prueba diagnóstica</a> ( <i>radiografía</i> ) <a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>muletas</i> ) <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> ( <i>terapia física</i> )	
<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>	<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>	<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>		<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<a href="#">Costo-compartido</a>		<a href="#">Costo-compartido</a>		<a href="#">Costo-compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0	<a href="#">Deducibles*</a>	\$500	<a href="#">Deducibles*</a>	\$500
<a href="#">Copagos</a>	\$2,000	<a href="#">Copagos</a>	\$1,200	<a href="#">Copagos</a>	\$1,100
<a href="#">Coseguro</a>	\$0	<a href="#">Coseguro</a>	\$60	<a href="#">Coseguro</a>	\$50
<i>Qué es lo que no se cubre:</i>		<i>Qué es lo que no se cubre:</i>		<i>Qué es lo que no se cubre:</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es de:</b>	<b>\$2,060</b>	<b>El total que pagaría Joe es de:</b>	<b>\$1,780</b>	<b>El total que pagaría Mia es de:</b>	<b>\$1,650</b>

\*. NOTA: estas cantidades suponen que el paciente recibió su atención médica de parte de un proveedor IHCP o con referido de éste en un centro no IHCP. Si recibió cuidados de un proveedor no IHCP y sin referido de un IHCP, sus costos podrían ser más.

### Declaración de no discriminación:

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las respectivas leyes civiles federales y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a personas ni las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Por tanto, Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan material y servicio auxiliar gratuito a personas con discapacidad a fin que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, contenidos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrecen servicios gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes competentes.
  - Información por escrito en otros idiomas.

Si tiene Medicare y necesita estos servicios, llame al: 503-574-8000 ó 1-800-603-2340. Todos los demás miembros, llamar al 503-574-7500 ó al 1-800-878-4445. Para miembros con discapacidad auditiva, llamar a nuestra línea TTY 711.

Si le parece que Providence Health Plan o Providence Health Assurance ha fallado al ofrecer dichos servicios o discriminado con base en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, podrá presentar su queja por correo postal a nuestro coordinador de no discriminación ( *Non-discrimination Coordinator*):

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

Si es miembro de Medicare y necesita ayuda para presentar alguna queja, llame al: 503-574-8000 ó bien, al: 1-800-603-2340. Los demás miembros pueden pedir asistencia llamando al: 503-574-7500 ó al: 1-800-878-4445 (línea TTY en 711). Puede asimismo levantar un acta electrónicamente de derechos civiles con el Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU / Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal, o por teléfono como sigue:

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

Formularios para quejas, disponibles en: [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

### Servicios de acceso a otros idiomas:

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).

**Language Access Services:**

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).

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

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).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាសេរីគឺមានសំបាប់ឲ្យអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 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).

فیم دشا اب اب 1-800-878-4445 (TTY: 711) سامت دیری گب. امش یارب ناگیار تروصب ی نابز تالی هست، دینک یم وگتفگ ی سراف نابز هب رگا: هجوت

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

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