

# Resumen de beneficios

## Opción Advantage Premium

Copago	Lo que paga dentro de la red	Lo que paga fuera de la red	Máximo común de gastos de bolsillo por año calendario	Deducible común por año calendario calendario
\$15	20 % de coseguro (después del deducible)	40 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	\$3,000 por persona \$6,000 por familia (2 o más)	\$1,000 por persona \$2,000 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, inscribese e inicie sesión en [myprovidence.com](http://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 anteriormente.
- Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan por separado.
- Algunos servicios y multas no aplican a los máximos de gastos de bolsillo.
- Ciertos servicios requieren autorización previa.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red de Providence Signature. Consulte una lista de proveedores y farmacias dentro de la red en [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider)
- Si opta por salir de la red, es posible que quede sujeto a facturar por costos 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 calificados "A" o "B" por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force) en [ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare](http://ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare).

### Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Premium

Después de pagar el deducible del año calendario, pagará lo siguiente por los servicios cubiertos:

	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)
✓ No se necesita alcanzar ningún deducible antes de recibir este beneficio		
<b>Visitas a proveedores a demanda</b>		
● Providence ExpressCare Virtual	Totalmente cubierto✓	No cubierto
● Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare	Totalmente cubierto✓	No corresponde
<b>Atención preventiva</b>		
● Exámenes de salud periódicos y control pediátrico de bebés	Totalmente cubierto✓	40 %✓
● Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubierto✓	40 %✓
● Colonoscopia (a partir de los 45 años)	Totalmente cubierto✓	40 %
● Examen ginecológico (año calendario) y prueba de Papanicolaou	Totalmente cubierto✓	40 %✓
● Mamografías	Totalmente cubierto✓	40 %
● Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto✓	40 %✓
● Dejar de fumar: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar	Totalmente cubierto✓	40 %✓
● Educación de autogestión de la diabetes	Totalmente cubierto✓	No cubierto
<b>Servicios de médicos/proveedores</b>		
● Visitas al consultorio del médico de cabecera o naturópata (presencial) (primeras 3 visitas virtuales y presenciales dentro de la red: \$5, con deducible exonerado, luego copago)	\$15 / visita✓	40 %✓
● Visitas al consultorio del médico de cabecera o naturópata (virtual) (primeras 3 visitas virtuales y presenciales dentro de la red: \$5, con deducible exonerado, luego copago)	\$10 / visita✓	40 %✓
● Visitas al consultorio de especialistas/otros proveedores (presenciales y virtuales)	\$15 / visita✓	40 %✓
● Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (presenciales o virtuales)	\$15 / visita✓	40 %✓
● Manipulaciones quiroprácticas (limitado a 20 visitas por año calendario)	\$15 / visita✓	\$15 / visita✓
● Acupuntura (limitado a 12 visitas por año calendario)	\$15 / visita✓	\$15 / visita✓
● Inyecciones y sueros para alergias	20 %✓	40 %
● Infusiones y medicamentos inyectables	20 %	40 %
● Cirugía, anestesia en un consultorio o centro	20 %	40 %
● Visitas de internación en hospital	20 %	40 %

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Premium (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico</b>		
● Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)	20 % ✓	40 %
● Servicios de imagenología con tecnología superior (TEP, TC, RM)	20 % ✓	40 %
● Examen de mamas diagnóstico y complementario	Totalmente cubierto ✓	40 %
<b>Servicios de emergencia y urgencia</b>		
● 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 ✓	\$250 ✓
● Servicios de atención urgente (enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)	\$15 / visita ✓	40 % ✓
● 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)	20 %	20 %
<b>Servicios de hospital</b>		
● Atención a pacientes internados y en observación	20 %	40 %
● Atención de rehabilitación (limitado a 30 días por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40 %
● Atención de habilitación (limitado a 30 días por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40 %
● Centro de enfermería especializada (limitado a 60 días por año calendario)	20 %	40 %
● Servicios de articulación temporomandibular (ATM) (límite combinado de \$1,000 por año calendario/\$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	50 %	No cubierto
<b>Servicios ambulatorios</b>		
● Cirugía ambulatoria, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia, manipulación osteopática, programa de tratamiento del dolor (multidisciplinario)	20 %	40 %
● Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	10 %	40 %
● Servicios de articulación temporomandibular (ATM) (límite combinado de \$1,000 por año calendario/\$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	50 %	No cubierto
● Colonoscopia (no preventiva) en un centro basado en un hospital	20 %	40 %
● Colonoscopia (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	10 %	40 %
● Fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría/fonoaudiología de rehabilitación ambulatoria (limitado a 30 visitas por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	\$15 / visita ✓	40 %
● Fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría/fonoaudiología de habilitación ambulatoria (limitado a 30 visitas por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	\$15 / visita ✓	40 %
● Rehabilitación cardíaca (dentro de la red, las primeras 16 visitas están totalmente cubiertas, sin deducible, después con deducible y coseguro)	20 %	40 %
● Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (limitado a 10 visitas de por vida, los límites no aplican para servicios por trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40 %
● Terapia de visión (convergencia insuficiente) (limitado a 12 visitas en la vida)	20 % ✓	40 %
<b>Servicios de maternidad</b>		
● Visitas prenatales al consultorio	Totalmente cubierto ✓	40 %
● Servicios de parto y posparto	\$150 / parto ✓	40 %
● Servicios de internación en hospital/centro	20 %	40 %
● Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales	20 % ✓	40 %
<b>Equipos, suministros y dispositivos médicos</b>		
● 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)	20 %	40 %
● Suministros para diabetes (como lancetas, tiras de prueba, agujas y controles de sangre y glucosa continuos)	20 % ✓	40 %
● Ortesis personalizadas removibles para zapatos (limitadas a \$200 por año calendario)	20 % ✓	40 % ✓
● Aparato bucal para la apnea del sueño (limitado fuera de la red a \$2,000 por año calendario)	20 %	40 %

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Premium (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
<b>Trastorno relacionado con salud mental o consumo de sustancias</b> Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, pueden requerir autorización previa.		
● Servicios de internación y domiciliarios	20 %	40 %
● Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	20 %	40 %
● Análisis conductual aplicado	20 %	40 %
● Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (presenciales) (primeras 3 visitas virtuales y presenciales dentro de la red: \$5, con deducible exonerado, luego copago)	\$15 / visita✓	40 %✓
● Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (virtuales) (primeras 3 visitas virtuales y presenciales dentro de la red: \$5, con deducible exonerado, luego copago).	\$10 / visita✓	40 %✓
<b>Salud en el hogar y cuidados paliativos</b>		
● Atención médica en el hogar	20 %	40 %
● Cuidados paliativos	Totalmente cubierto✓	Totalmente cubierto✓
<b>Examen de visión de rutina</b> Proporcionado por VSP Red Choice de VSP (por Servicio de atención al cliente llame al 800-877-7195) Sus copagos no se aplican a las cantidades máximas de su propio bolsillo de su plan.		
● Pediatric WellVision Exam® (menores de 19 años) - Cada 12 meses	Totalmente cubierto✓	Cubierto hasta \$45✓
● WellVision Exam® para adultos - Cada 12 meses	\$10✓	Cubierto hasta \$45✓

## Guía para los términos y frases usados para explicar sus beneficios

### Coseguro

Porcentaje del costo que quizá deba pagar por un servicio cubierto.

### Copago

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

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 establezca 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 por los 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 el Plan de Salud de Providence (*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 el Plan de Salud de Providence, por lo que es posible que aplique la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider).

### Máximo de gastos de bolsillo

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 el Manual para miembros para obtener más información.

### Médico de cabecera

Médico o profesional calificado que puede proporcionar la mayor parte de su atención y, cuando sea 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

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](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus)

## **Declaración de no discriminación**

El Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de Salud de Providence (*Providence Health Assurance*) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo. El Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence no excluyen a las personas ni las tratan diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo.

El Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence:

- Proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades a fin de que se puedan comunicar bien con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lengua de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporcionan servicios de idiomas gratis a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Si considera que el Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence no le brindaron estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil 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  
Correo electrónico: [PHPAppealsandGrievances@providence.org](mailto:PHPAppealsandGrievances@providence.org)

Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY:711) para obtener asistencia.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (*Office of Civil Rights*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (*U.S. Department of Health and Human Services*), 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>.

Los miembros de los planes de Oregon pueden presentar una queja en la División de Regulación Financiera (*Division of Financial Regulation*) al 1-888-8774894 o visitar <https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx>.

**Información de acceso a idiomas**

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

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

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Traditional Chinese:** 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711)。

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

**Farsi:**

اگر به زبان فارسی صحبت میکنید، خدمات زبانی به صورت رایگان به شما ارائه میشود. با (711) TTY: 1-800-878-4445 تماس بگیرید. توجه:

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Japanese:** お知らせ：日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-878-4445（TTY: 711）まで、お電話ください。

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

**Nepali:** आन विदुहोसु: तपाइले नेपाली बोल्नुन्छ भने तपाइले नि भाषा सहायता सेवाह नि:शुपमा उपलब्ध छ । 1-800-878-4445 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् ।

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

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Cambodian:** កំណត់សម្គាល់: បើសិនជាអ្នកនិយាយខ្មែរ រឺ ចិនេស ជំនួយ យើង ក៏ ផ្តល់ ជូន ឲ្យ មិន គិត ថ្លៃ ពី កម្ម សូម ទូរស័ព្ទ លេខ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

**Laotian:** ເລື່ອງ: ຖ້າ ທ່ານ ກວດ ຈາກ ພາສາ ລາວ, ຈະ ມີ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາສາ ໂດຍ ບໍ່ ສວຍ ຄ່າ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).