

Su resumen de beneficios

para miembros del Plan PEBB de Providence Choice

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 (después del deducible)	Máximo de gastos de bolsillo fuera de la red por año calendario (después del deducible)	Deducible dentro de la red por año calendario	Deducible fuera de la red por año calendario	Máximo de costos compartidos dentro de la red por año calendario
Totalmente cubierto/\$10 (después del deducible)	30 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	\$1,500 por persona \$4,500 por familia (3 o más)	\$4,000 por persona \$12,000 por familia (3 o más)	\$250 por persona \$750 por familia (3 o más)	\$500 por persona \$1,500 por familia (3 o más)	\$6,850 por persona \$13,700 por familia (2 o más)

Información importante acerca de su plan

Este es un plan de hogar médico. Usted elige una clínica de hogar médico, cuyo personal consta de un equipo de profesionales de atención médica dirigidos por su médico de cabecera. Este equipo coordina su atención. Tiene costos de bolsillo más altos cuando usa servicios no coordinados a través de su hogar médico. Puede inscribirse en este plan si vive o trabaja (al menos la mitad del tiempo) en el área de servicio del plan. Aprenda cómo establecer su hogar médico en <http://join.collectivehealth.com/pebb-php>.

- Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver todos los detalles de su plan, incluido el Manual para miembros, regístrese <http://join.collectivehealth.com/pebb-php>
- ¿No está seguro de lo que significa una palabra o frase? Consulte la última página de este resumen para ver las definiciones.
- Sus deducibles, algunos copagos y servicios, y las multas no se aplican a los máximos de sus gastos de bolsillo.
- Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés).
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros.

Generalidades destacadas de los beneficios

Después de pagar su deducible del año calendario, usted 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 (proveedor de hogar médico o con una remisión)	Copago o coseguro fuera de la red (proveedor de hogar no médico o sin una remisión)
Servicios de salud preventiva y bienestar		
● Exámenes de salud periódicos, atención de bebé sano (solo de un proveedor de cabecera)	Totalmente cubiertos✓	30 %
● Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubiertas✓	30 %
● Pruebas de audición	Totalmente cubiertas✓	30 %
● Pruebas de detección de cáncer colorrectal: sigmoidoscopia, colonoscopia	Totalmente cubiertas✓	30 %
● Examen de próstata (año calendario)	Totalmente cubierto✓	30 %
● Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto✓	30 %
Servicios de médicos/proveedores		
● Visitas al consultorio del proveedor de cabecera o naturópatas (sin deducible en las primeras 4 visitas dentro de la red por año calendario)	\$10 / visita	30 %
● Visitas a consultorio de especialista	\$10 / visita	30 %
● Visitas a consultorio para afecciones crónicas (es decir, asma, diabetes, afecciones cardíacas)	Totalmente cubiertas✓	30 %
● Visitas al consultorio de quiroprácticos y acupunturistas	\$10 / visita*	30 % ^o
● Visitas electrónicas, telefónicas, por video con un proveedor participante	Totalmente cubiertas✓	No cubiertas
● Inyecciones para alergias, sueros, infusiones y medicamentos inyectables	\$10 / visita	30 %
● Cirugía y anestesia (en consultorio)	\$10 / visita	30 %
● Servicios de maternidad: prenatales	Totalmente cubiertos✓	30 %
● Servicios de maternidad: parto y atención posnatal	Totalmente cubiertos✓	30 %
● Visitas de internación en hospital (incluye cirugía y anestesia)	Totalmente cubiertas✓	30 %
Servicios de salud de la mujer		
● Exámenes ginecológicos (año calendario) y pruebas de Papanicolaou	Totalmente cubiertos✓	30 %
● Mamografías	Totalmente cubiertas✓	30 %
● Examen de mamas diagnóstico y complementario	Totalmente cubiertas✓	30 %

* Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

^o Los coseguros no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

** Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo. No relacionados con cáncer.

Generalidades destacadas de los beneficios (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
Salud mental/dependencia farmacológica Para todos los servicios, excepto las visitas a proveedores ambulatorios y los análisis conductuales pertinentes, se debe notificar a Providence Health Plan lo antes posible tras el inicio del tratamiento para que la cobertura continúe. Los servicios, excepto las visitas al consultorio de proveedor ambulatorio, deben autorizarse con anticipación. • Servicios de internación y domiciliarios • Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial • Análisis conductual aplicado • Visitas ambulatorias al proveedor	\$50 por día, hasta \$250 por admisión \$10 / visita✓ \$10 / visita✓ \$10 / visita✓	\$500 luego 30 %* 30 % 30 % 30 %
Servicios de hospital • Atención a pacientes hospitalizados • Atención a pacientes en observación • Atención de maternidad • Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales • Atención de rehabilitación (36 días por año calendario; 60 días para lesiones en la cabeza o la columna vertebral) • Centro de enfermería especializada (180 días por año calendario) • Cirugía bariátrica	\$50 por día, hasta \$250 por admisión \$50 por día, hasta \$250 por admisión \$50 por día, hasta \$250 por admisión \$50 por día, hasta \$250 por admisión \$50 por día, hasta \$250 por admisión \$50 por día, hasta \$250 por admisión \$50 por día, hasta \$250 por admisión	\$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 30 %* No cubierta
Suministros médicos y de diabetes, equipo médico duradero, artefactos, dispositivos protésicos y ortopédicos • Equipo médico duradero y suministros • Dispositivos protésicos y ortopédicos (plantillas ortopédicas a la medida y extraíbles; se dispensa el deducible) • Suministros e insulina para diabéticos	15 % 15 % Totalmente cubiertos✓	30 % 30 % Totalmente cubiertos✓
Atención de emergencia/urgencia/transporte médico de emergencia (Se aplica al deducible dentro de la red) • 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). • Visitas de atención urgente (para enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores) • Transporte médico de emergencia	\$150 / visita* \$25 / visita \$75 / viaje	\$150 / visita* \$25 / visita \$75 / viaje
Otros servicios cubiertos • Radiografías, servicios de laboratorio • Servicios de imagenología (como PET, TC, RM) (no se aplican copagos a los servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer) • Servicios de rehabilitación ambulatorios (60 visitas por año calendario) • Cirugía ambulatoria • Diálisis, infusión, quimioterapia, radioterapia ambulatorias • Rehabilitación cardíaca • Servicios de la articulación temporomandibular (TMJ) • Atención médica domiciliaria (180 visitas por año calendario) • Cuidados paliativos • Examen de audición • Audífonos (uno por oído cada tres años calendario; se aplica deducible dentro del plan) • Estudios del sueño • Manipulación quiropráctica (limitado a 20 visitas por año calendario) • Acupuntura (limitados a 12 visitas por año calendario) • Terapia de masajes (limitada a \$1,000 por año calendario) • Quimioterapia autoadministrada (Suministro de hasta 30 días de una farmacia participante designada) - Medicamentos genéricos - Medicamentos de marca dentro del formulario - Medicamentos de marca fuera del formulario	Totalmente cubiertos✓ \$100 \$10 / visita \$10 / visita \$10 / visita \$10 / visita Consulte el manual \$10 / visita Totalmente cubiertos \$10 / visita✓ 10 %✓ \$100 \$10 / visita \$10 / visita \$10 / visita \$5✓ \$5✓ \$5✓	30 % \$100 luego 30 % 30 % \$100 luego 40 %* 30 % 30 % No cubiertos 30 % Totalmente cubiertos 30 % 10 %✓ \$100 luego 30 % 30 % 30 % 30 % No cubierto No cubierto No cubierto

* Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

○ Los coseguros no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

** Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo. No relacionados con cáncer.

Generalidades destacadas de los beneficios (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
Nivel de costo adicional (hospitalizado o ambulatorio) (El nivel de costo adicional no se aplica a los servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer). Estos copagos/coseguros se aplican solo a los servicios de proveedores. Otros servicios están cubiertos en el nivel de beneficio aplicable que se indica en este resumen).		
● Bunionectomía ● Cirugía de dedo en martillo ● Neuroma de Morton ● Inyecciones raquídeas para el dolor ● Endoscopia GI superior ● Artroscopia de rodilla ● Reemplazo de rodilla, cadera ● Resuperficialización de rodilla, cadera ● Artroscopia de hombro ● Cirugía de los senos paranasales ● Procedimientos en la columna ● Cirugía bariátrica	\$100* \$100* \$100* \$100* \$100* \$500* \$500* \$500* \$500* \$500* \$500* \$500*	\$100 luego 30 %* \$100 luego 30 %* \$100 luego 30 %* \$100 luego 30 %* \$100 luego 30 %* \$500 luego 30 %* \$500 luego 30 %* \$500 luego 30 %* \$500 luego 30 %* \$500 luego 30 %* \$500 luego 30 %* No cubierta
Servicios de fertilidad ● Progyny administra tratamientos de fertilidad. Llame al (833) 233-0843 para activar el beneficio. No son necesarios los diagnósticos de infertilidad. (Limitado a 1 ciclo inteligente de Progyny por año calendario, con la opción de reiniciar el ciclo si el primero no es exitoso)	Totalmente cubiertos✓	No cubierta (Llama al Progyny para encontrar un proveedor)

* Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

○ Los coseguros no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

** Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo. No relacionados con cáncer.

Su 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.

Lo que necesita saber sobre las categorías de cobertura de medicamentos

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. Su plan tiene deducibles dentro y fuera de la red. Estos

deducibles se acumulan por separado y no se combinan. 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
- Copagos o coseguros para cualquier beneficio suplementario proporcionado por su empleador, como medicamentos recetados o atención oftalmológica de rutina

Traspaso de deducible

Una característica del plan que le permite que cualquier porción de su deducible que se haya pagado durante el cuarto trimestre de un año calendario se aplique al deducible del siguiente año.

Dentro de la red

Se refiere a servicios recibidos de una amplia red de médicos y proveedores de atención médica altamente calificados en la red de Providence Choice Medical Home, disponibles para usted a través de su plan. Por lo general, su costo de gastos de bolsillo será menor cuando usted establece un hogar médico y recibe servicios cubiertos coordinados por su hogar médico. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite

<http://join.collectivehealth.com/pebb-php>. Para obtener detalles sobre cómo establecer un hogar médico visite

<http://join.collectivehealth.com/pebb-php>.

Proveedor dentro de la red

Un médico o proveedor de servicios de atención médica que pertenece al panel de proveedores dentro de la red de Providence Health Plan. Para encontrar un proveedor dentro de la red, consulte el directorio disponible en <http://join.collectivehealth.com/pebb-php>.

Máximo de costos compartidos

El máximo de costos compartidos significa el límite anual de costos compartidos para Beneficios de salud esenciales según lo establece la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (ACA). Los deducibles, copagos y coseguros pagados por el miembro por servicios cubiertos según los Beneficios de salud esenciales y recibidos dentro de la red se aplican al máximo de costos compartidos.

Proveedor de hogar médico

Una clínica de atención médica de servicio completo dentro de la red de Providence Choice que proporciona y coordina la atención médica de los miembros.

Fuera de la red

Se refiere a los servicios recibidos sin una remisión o de un proveedor fuera de la red. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos de proveedores fuera de la red. Para encontrar un proveedor participante, visite <http://join.collectivehealth.com/pebb-php>

Proveedor fuera de la red

Cualquier profesional de atención médica que no participa en el panel de médicos y proveedores de servicios de atención médica dentro de la red de Providence Health Plan.

Máximo de gastos de bolsillo

El límite del monto en dólares que tendrá que gastar para los servicios de salud cubiertos especificados en un año calendario. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Consulte los detalles en su Manual para miembros.

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.

Quimioterapia autoadministrada

Medicamentos orales, tópicos o autoinyectables que se usan para detener o disminuir el crecimiento de las células cancerosas.

Usuales, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

Describe cargos predefinidos establecidos por su plan 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 sus máximos de coseguro.

Comuníquese con nosotros

Headquartered in Portland, our customer service professionals have been proudly serving our members since 1986.



(855) 284-1368



¿Tiene preguntas sobre sus beneficios y desea contactarnos por correo electrónico? <http://my.collectivehealth.com>

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 motivo 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 lengua 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 cree que Providence Health Plan o Providence Health Assurance no han proporcionado estos servicios o han discriminado de 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 and Providence Health Assurance
Attn: Non-discrimination Coordinator (Coordinador contra la discriminación)
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>.

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).

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 службової 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。

1-800-878-4445

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

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

របៀប: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាខ្មែរមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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).

دیریب گ. ش ما یب راگ انیرا بص ورت یزب ان التیس هیک نیم گنگ و یف ارس زب ان ب هاک ر: توج ه فیم بلش دب ا 1-800-878-4445 (TTY: 711) 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: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-878-4445 (TTY: 711)