**El documento del resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El resumen de beneficios y cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado.**

**Esto solo es un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de la cobertura completos, visite ProvidenceHealthPlan.com. Para ver las definiciones de los términos comunes, como cantidad permitida, saldo residual, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en español en línea o llamar al 1-800-878-4445 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto importa: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Dentro de la red: $5,500 por persona / $11,000 por familia (2 o más). Fuera de la red: $11,000 por persona / $22,000 por familia (2 o más). | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada uno debe pagar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los familiares cubra el deducible familiar general. |
| **¿Se cubren los servicios antes de que pague su deducible?** | Sí. La mayoría de los servicios preventivos dentro de la red. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha pagado el monto del deducible. Pero puede aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que pague su deducible. Vea una lista de servicios preventivos en cuidadodesalud.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay otros deducible para servicios específicos?** | No. | No tiene que pagar deducibles para recibir servicios específicos. |
| **¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan?** | Dentro de la red: $10,150 por persona / $20,300 por familia (2 o más). Fuera de la red: $20,300 por persona / $40,600 por familia (2 o más). | El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que pagar sus límites de gastos de su bolsillo hasta que el límite de gastos de su bolsillo familiar general se haya pagado. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo?** | Primas, saldo residual, multas, copagos por servicios oftalmológicos para adultos, manipulación quiropráctica, acupuntura, servicios no cubiertos, tarifas superiores a los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR). | Aunque paga estos gastos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo. |
| **¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?** | Sí. Ingrese a ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider o llame al 1-800-878-4445 para obtener una lista de proveedores de la red. | Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará la mayor parte si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (saldo residual). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un médico especialista?** | No. | Puede ver al médico especialista que elija sin un referido. |

(Número de control de DT - OMB: 1545-0047/Fecha de vencimiento: 31/dic./2019) (Número de control de DOL - OMB: 1210-0147/Fecha de vencimiento: 31/may./2022)
(Número de control de HHS - OMB: 0938-1146/Fecha de vencimiento: 31/oct./2022)

⚠ Todos los costos de **copago** y **coseguro** que aparecen en esta tabla son posteriores al pago de su **deducible**, si corresponde un **deducible**.

| Suceso médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) | |
| **Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Primeras 3 visitas con $5 de copago/por visita; el deducible no se aplica, después $60 de copago por visita presencial; el deducible no se aplica o $10 de copago por visita virtual; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro; el deducible no se aplica | Algunos servicios, como los de laboratorio y radiografía, incluirán costos adicionales para los miembros. Las visitas telefónicas y por video de Providence ExpressCare están totalmente cubiertas dentro de la red. |
| | Visita de especialista | $100 de copago por visita; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro; el deducible no se aplica | Algunos servicios, como los de laboratorio y radiografía, incluirán costos adicionales para los miembros. |
| | Cuidado preventivo/control/ vacunación | Sin costo; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro | La Ley de Atención Asequible (ACA) no exige que todos los servicios preventivos estén totalmente cubiertos. Para obtener más información sobre los servicios preventivos que están totalmente cubiertos consulte: ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son de prevención. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son de prevención. Luego verifique cuánto pagará su plan. |
| **Si le realizan una prueba** | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | 50 % de coseguro; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro | Ninguna. |
| | Imagenología (TC/TEP, RM) | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |

| Suceso médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección**<br>Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.ProvidenceHealthplan.com/es | Medicamentos de Nivel 1 | Sin costo para minorista; el deducible no se aplica | No cubierto | Los medicamentos de prevención de la ACA están totalmente cubiertos dentro de la red. Cubre un suministro para hasta 30 días (minorista); un suministro de 90 días de pedido por correo por el doble del copago o por el 5 % menos del coseguro minorista. Puede requerir una autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Si se solicita un medicamento de marca cuando hay uno genérico disponible, pagará la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico, además de su costo compartido para el medicamento de marca. Los medicamentos de especialidad (habitualmente incluidos en los Niveles 5 y 6 de su formulario) solo se pueden comprar en una farmacia de especialidad participante (limitado a 30 días). |
| | Medicamentos de Nivel 2 | $50 de copago por suministro minorista para 30 días; el deducible no se aplica | No cubierto | |
| | Medicamentos de Nivel 3 | $100 de copago por suministro minorista para 30 días; el deducible no se aplica | No cubierto | |
| | Medicamentos de Nivel 4 | 50 % de coseguro hasta $200 para minorista; el deducible no se aplica | No cubierto | |
| | Medicamentos de Nivel 5 | 50 % de coseguro hasta $300 para minorista | No cubierto | |
| | Medicamentos de Nivel 6 | 50 % de coseguro para minorista | No cubierto | |
| **Si se le realiza una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | Centro de cirugía ambulatoria: 40 % de coseguro<br>Centro hospitalario: 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Cuidado en sala de emergencias | $250 de copago por visita luego 50 % de coseguro | $250 de copago por visita luego 50 % de coseguro | Solo para condiciones médicas de emergencia. Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado. |
| | Transporte médico de emergencia | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Ninguna. |
| | Atención de urgencias | $100 de copago por visita; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro; el deducible no se aplica | Algunos servicios incluirán costos adicionales para los miembros. |
| **Si debe permanecer en el hospital** | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital) | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | |

| Suceso médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) | |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias** | Servicios ambulatorios | Visita al consultorio: Primeras 3 visitas con $5 de copago/por visita; el deducible no se aplica, después $60 de copago por visita presencial; el deducible no se aplica o $10 de copago por visita virtual; el deducible no se aplica<br>Todos los demás servicios: 50 % de coseguro | Visita al consultorio: 50 % de coseguro; el deducible no se aplica<br>Todos los demás servicios: 50 % de coseguro | A excepción de las visitas al consultorio del proveedor, todos los servicios deben autorizarse previamente. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Consulte el resumen de beneficios para conocer los servicios de análisis conductual aplicado (ABA). |
| | Servicios de hospitalización | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin costo; deducible no se aplica | 50 % de coseguro | Ninguna. |
| | Servicios profesionales para el parto/alumbramiento | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | El coseguro se aplica a los costos de entrega del proveedor. |
| | Servicios del centro para el parto/alumbramiento | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Ninguna. |
| **Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales** | Asistencia médica a domicilio | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |
| | Servicios de rehabilitación | Pacientes hospitalizados: 50 % de coseguro<br>Pacientes ambulatorios - Fisioterapia: 50 % de coseguro; el deducible no se aplica<br>Pacientes ambulatorios - Terapia ocupacional y del habla: 50 % de coseguro; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro | Servicios de hospitalización: Limitados a 30 días por año calendario. Limitados a 60 días por año calendario para lesiones de cabeza/columna. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Servicios ambulatorios: Limitados a 30 visitas por año calendario. Visitas adicionales por afección específica: Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias. |

| Suceso médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) | |
| | Servicios de habilitación | Pacientes hospitalizados: 50 % de coseguro<br>Pacientes ambulatorios: 50 % de coseguro; el deducible no se aplica | 50 % de coseguro | Servicios de hospitalización: Limitados a 30 días por año calendario. Limitados a 60 días por año calendario para lesiones de cabeza/columna. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Servicios ambulatorios: Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias. |
| | Atención de enfermería especializada | 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Limitados a 60 días por año calendario. |
| | Equipo médico duradero | Suministros para diabéticos: 50 % de coseguro; el deducible no se aplica<br>Todo el equipo restante: 50 % de coseguro | 50 % de coseguro | Ninguna. |
| | Servicios de hospicio | Hospicio: Sin costo; el deducible no se aplica<br>Cuidados de relevo: 50 % de coseguro | Hospicio: Sin costo; el deducible no se aplica<br>Cuidados de relevo: 50 % de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Cuidados de relevo: Limitados a 5 días, hasta 30 días de por vida. |
| **Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica** | Exámenes oftalmológicos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | Cubierto hasta: $45; el deducible no se aplica | Limitados a 1 examen por año calendario. |
| | Anteojos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | Cubierto hasta: $170; el deducible no se aplica | Limitados a 1 par por año calendario. El máximo de cobertura depende del tipo de lentes. |
| | Control odontológico para niños | Sin costo; deducible no se aplica | Sin costo/el deducible no se aplica | Limitado a 2 servicios por cada año calendario. |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Aborto
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (con determinadas excepciones)
- Atención odontológica (para adultos)
- Tratamiento de fertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Podología de rutina (cubierto para la diabetes)
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos. (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Acupuntura (12 visitas)
- Atención quiropráctica (20 visitas)
- Audífonos (uno por oído cada 3 años calendario)
- Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. Consulte ProvidenceHealthPlan.com
- Atención oftalmológica de rutina (para adultos)

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es la siguiente:

- Providence Health Plan al 503-574-8757/1-800-878-4445 (línea gratuita) o ProvidenceHealthPlan.com.
- Para la cobertura de salud grupal sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para los planes de salud grupal del gobierno no federal, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Control del Seguro del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323, ext. 61565, o en ciio.cms.gov.
- Los planes de las iglesias no están cubiertos por las normas federales de continuidad de la cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregon al 503-947-7984/1-888-877-4894 (línea gratuita) o en dfr.oregon.gov para conocer sus posibles derechos a la continuidad de la cobertura conforme a la ley estatal.

También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, lo que incluye comprar una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado, visite CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una denuncia contra su plan por el rechazo de una reclamación. Esta denuncia se conoce como queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, mire la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Providence Health Plan al 503-574-8757/1-800-878-4445 (línea gratuita) o ProvidenceHealthPlan.com.
- División de Regulación Financiera de Oregon al 503-947-7984/1-888-877-4894 (línea gratuita) o dfr.oregon.gov.

**¿Este plan ofrece la cobertura esencial mínima?** **Sí**

La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

**¿Este plan cumple con el valor mínimo estándar?** **Sí**

Si su plan no cumple el valor mínimo estándar, puede ser elegible para un crédito fiscal para las primas que lo ayude a pagar un plan a través del mercado.

## Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711).
Chino (中文): 如果需要中文的帮助，▪ ▪ 打 ▪ 个号 ▪ 1-800-878-4445 (TTY: 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711).
Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, vea la siguiente sección.***

**Declaración de divulgación de la Ley para la Reducción de Trámites (PRA):** De acuerdo con la Ley para Reducción de Trámites de 1995 o PRA (Ley Pública 104-13), ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que la OMB lo apruebe según la PRA y exhiba un número de control actualmente válido de la OMB, y el público no será obligado a responder a una recopilación de información a menos que exhiba un número de control actual válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no exhibe un número de control actual válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente un minuto por persona encuestada. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la carga estimada o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Oficina de Pólizas e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o al correo electrónico ebsa.opr@dol.gov e indique el número de control de la OMB 12100123.

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte del costo que pagaría con planes de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura propia única.

### Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal y alumbramiento en un hospital dentro de la red)

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $5,500 |
| Copago de especialista | $100 |
| Coseguro del hospital (centro) | 50 % |
| Otro coseguro | 50 % |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio de especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto/alumbramiento
Servicios del centro para el parto/alumbramiento
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita de especialista *(anestesia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $5,500 |
| Copagos | $10 |
| Coseguro | $3,500 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Peg pagaría es de** | **$9,030** |

### Controlar la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $5,500 |
| Copago de especialista | $100 |
| Coseguro del hospital (centro) | 50 % |
| Otro coseguro | 50 % |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio de médico de cabecera *(incluye educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles* | $10 |
| Copagos | $1,700 |
| Coseguro | $400 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Joe pagaría es de** | **$2,110** |

### Fractura sencilla de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $5,500 |
| Copago de especialista | $100 |
| Coseguro del hospital (centro) | 50 % |
| Otro coseguro | 50 % |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Cuidado en sala de emergencias *(incluidos suministros médicos)*
Pruebas de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles* | $2,000 |
| Copagos | $200 |
| Coseguro | $60 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $400 |
| **El total que Mia pagaría es de** | **$2,660** |

*Nota: Este plan tiene otros deducibles para los servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.

El plan sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

## Declaración de no discriminación

La discriminación es contra la ley. El Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*, PHP) no discrimina ni trata a las personas de modo injusto por motivos de:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Nacionalidad
- Identidad de género
- Dominio del idioma
- Raza
- Orientación sexual
- Religión
- Sexo
- Embarazo

**Usted tiene los siguientes derechos:**

- Recibir ayuda gratuita de un intérprete de idiomas calificado.
- Recibir información escrita en el idioma que usted habla.
- Recibir información de un modo comprensible, que incluye:
  - ayuda gratuita de un intérprete de lengua de señas calificado,
  - información escrita en letra grande, en audio, braille u otros formatos, u
  - otras modificaciones razonables.

**Comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles de PHP si usted:**

- Necesita modificaciones razonables, dispositivos y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idiomas,
- Considera que PHP no ha proporcionado los servicios y lo ha discriminado, o
- Desea presentar una queja formal.

**Comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles de uno de los siguientes modos:**

1) **Puede llamarnos al:**
   **Teléfono gratuito: 1-800-878-4445** **Oregon: 1-503-574-7500**
   Los miembros con discapacidades auditivas pueden llamar a nuestra línea de TTY a través del 711.
2) **Puede comunicarse con nosotros por correo postal o electrónico.**
   Providence Health Plan
   Attn: Civil Rights Coordinator
   PO Box 4158, Portland, OR 97208-4158
   Correo electrónico: PHPAppealsandGrievances@providence.org
3) **También tiene derecho a presentar una queja ante la:**
   Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*)
   Portal web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsfWA
   Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
   Teléfono: 1-800-369-1019, 1-800-537-7697
   Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

   División de Regulación Financiera de Oregon (*Oregon Division of Financial Regulation*)
   Sitio web: https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx
   Correo electrónico: DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov
   Teléfono: 1-888-877-4894

## 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: N ế u bạn nói Ti ế ng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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

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

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយ័ ខ្ម រ, សេវាជំនួយផក សេយមិនគិតឈ្ល គីចនស់ប់ប់សេ អក។ ចូរ ទូរស័ព 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).

توجه: اگر هب زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیالت زبانی بصورت رایگان برای شما. ب.اب (TTY: 711) 1-800-878-4445 تماس دیرگیب. امش برای ف ی دشاب م

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)