

# Su resumen de beneficios



## Opción Advantage Base

Oregon Association of Nurseries

Copago	Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red	Máximo común de gastos de bolsillo por año	Deducible común por año
\$35/\$45	20 % de coseguro (después del deducible)	40 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	\$7,900 por persona \$15,800 por familia (2 o más)	\$5,000 por persona \$10,000 por familia (2 o más)

### Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbese 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 arriba.
- Los servicios dentro y fuera de la red se acumulan para su máximo común pagado de su propio bolsillo.
- Algunos servicios y multas no se 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. Vea 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, quizás quede sujeto a la facturación por costos que sean más elevados que los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos UCR.
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
- Obtenga más información sobre los servicios de prevención cubiertos con calificación "A" o "B" de U.S. Preventive Services Task Force, en [ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare](http://ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare)

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

Después de pagar el deducible común para el 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>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Providence ExpressCare Virtual</li> <li>● Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare</li> </ul>	Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓	No cubierto No corresponde
<b>Atención preventiva</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes de salud periódicos y atención de bebé sano</li> <li>● Inyecciones, vacunaciones de rutina</li> <li>● Colonoscopia (edad 45+)</li> <li>● Examen ginecológico (año calendario) y prueba de Papanicolaou</li> <li>● Mamografías</li> <li>● Asesoramiento nutricional</li> <li>● Cesación de tabaquismo: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar</li> </ul>	Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓ Totalmente cubierto ✓	40 % ✓ 40 % 40 % 40 % ✓ 40 % 40 % No cubierto
<b>Servicios de médicos/proveedores</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitas al consultorio del médico de cabecera (presenciales)</li> <li>● Visitas al consultorio del médico de cabecera o Proveedores de atención alternativa (virtuales)</li> <li>● Visitas al consultorio de especialistas/otros proveedores (presenciales y virtuales)</li> <li>● Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (por ejemplo, naturópata)</li> <li>● Manipulaciones quiroprácticas (limitadas a 20 visitas por año calendario)</li> <li>● Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)</li> <li>● Inyecciones y sueros para alergias</li> <li>● Infusiones y medicamentos inyectables</li> <li>● Cirugía, anestesia en un consultorio o centro</li> <li>● Visitas de internación en hospital</li> </ul>	\$35 / visita ✓ \$10 / visita ✓ \$45 / visita ✓ \$35 / visita ✓ \$35 / visita ✓ \$35 / visita ✓ 20 % ✓ 20 % 20 % 20 % 20 %	40 % 40 % 40 % 40 % \$35 / visita ✓ \$35 / visita ✓ 40 % 40 % 40 % 40 %
<b>Servicios de diagnóstico</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)</li> <li>● Servicios de imagenología con alta tecnología (TEP, TC, RM)</li> </ul>	20 % 20 %	40 % 40 %

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Base (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
<b>Servicios de emergencia y urgencia</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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).</li> <li>● Servicios de atención urgente (enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)</li> <li>● 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)</li> </ul>	\$250 \$45 / visita ✓ 20 %	\$250 40 % 20 %
<b>Servicios de hospital</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención a pacientes internados y en observación</li> <li>● Atención de rehabilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).</li> <li>● Atención de habilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).</li> <li>● Centro de enfermería especializada (Limitado a 60 días por año calendario)</li> <li>● Servicios de articulación temporomandibular (TMJ) (Límite combinado de \$1,000 por año calendario/\$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)</li> </ul>	20 % 20 % 20 % 20 % 50 %	40 % 40 % 40 % 40 % No cubierto
<b>Servicios ambulatorios</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cirugía ambulatoria, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia, manipulación osteopática, programa de tratamiento del dolor (multidisciplinario)</li> <li>● Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</li> <li>● Servicios de articulación temporomandibular (TMJ) (Límite combinado de \$1,000 por año calendario/\$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)</li> <li>● Colonoscopia (no preventiva) en un centro basado en un hospital</li> <li>● Colonoscopia (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</li> <li>● Servicios de rehabilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).</li> <li>● Servicios de habilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).</li> <li>● Rehabilitación cardíaca (Dentro de la red, las primeras 16 visitas están totalmente cubiertas, sin deducible, después con deducible y coseguro)</li> <li>● Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (Limitada a 10 visitas de por vida, los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental)</li> <li>● Terapia de visión (convergencia insuficiente) (Limitada a 12 visitas en la vida)</li> </ul>	20 % 10 % 50 % 20 % 10 % \$45 / visita ✓ \$45 / visita 20 % 20 % 20 %	40 % 40 % No cubierto 40 % 40 % 40 % 40 % 40 % 40 % 40 %
<b>Servicios de maternidad</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitas prenatales al consultorio</li> <li>● Servicios de parto y posparto</li> <li>● Servicios de internación en hospital/centro</li> <li>● Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales</li> </ul>	Totalmente cubierto ✓ 20 % 20 % 20 %	40 % 40 % 40 % 40 %
<b>Equipos, suministros y dispositivos médicos</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo médico, artefactos, prótesis/ortesis y suministros (Audifonos limitados a 1 por oído cada 3 años calendario)</li> <li>● Suministros para diabetes (Como lancetas, tiras de prueba, agujas y controles de sangre y glucosa continuos)</li> <li>● Ortosis personalizadas removibles para zapatos (Limitadas a \$200 por año calendario)</li> <li>● Aparato bucal para la apnea del sueño (Limitado fuera de la red a \$2,000 por año calendario)</li> </ul>	20 % 20 % ✓ 20 % ✓ 20 %	40 % 40 % 40 % ✓ 40 %
<b>Salud mental/dependencia farmacológica</b>		
Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de internación y domiciliarios</li> <li>● Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial</li> <li>● Análisis conductual aplicado</li> <li>● Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (presenciales)</li> <li>● Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (virtuales)</li> </ul>	20 % 20 % 20 % \$35 / visita ✓ \$10 / visita ✓	40 % 40 % 40 % 40 % 40 %
<b>Salud en el hogar y cuidados paliativos</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención médica en el hogar</li> <li>● Cuidados paliativos</li> </ul>	20 % Totalmente cubierto ✓	40 % Totalmente cubierto ✓

Generalidades destacadas de los beneficios de la opción Advantage Base (continuación)	Copago o coseguro dentro de la red	Copago o coseguro fuera de la red
<b>Examen oftalmológico de rutina</b> Proporcionados 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>● WellVision Exam® pediátrico (menores de 19 años) - Cada 12 meses</li> <li>● WellVision Exam® para adultos - Cada 12 meses</li> </ul>	Totalmente cubierto ✓ \$10 ✓	Cubierto hasta \$45 ✓ Cubierto hasta \$45 ✓

## 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.

### Deducible común

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. Se puede pagar el deducible usando proveedores dentro y fuera del plan, o la combinación de ambos. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o una familia:

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

### Máximo común de gastos de bolsillo

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

### 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.

### Dentro de la red

Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de médicos altamente calificados, proveedores de atención médica y centros con contrato con Providence Health Plan para su plan específico. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de proveedores dentro de la red.

### Limitaciones y exclusiones

Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Encontrará una lista completa en el Manual para miembros o en su contrato.

### Fuera de la red

Se refiere a los servicios que recibe de proveedores que no están en la red de su plan. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Un proveedor fuera de la red no tiene tarifas acordadas con Providence Health Plan, por lo que se puede aplicar la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider).

### Visitas a consultorio virtuales

Visitas programadas con el médico de cabecera o especialista del miembro usando una aplicación de teleconferencias como Zoom.

### Médico de cabecera

Un médico o profesional calificado que puede proporcionar la mayor parte de su atención y, cuando es necesario, coordinará la atención con otros proveedores de un modo práctico y económico.

### Autorización previa

Algunos servicios deben ser aprobados previamente. Dentro de la red, su proveedor solicitará la autorización previa. Fuera de la red, usted será responsable de obtener la autorización previa.

### Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare

Una clínica médica sin cita previa, que no es un consultorio, centro de atención urgente, farmacia ni clínica independiente y que se encuentra dentro de un centro comercial. Una clínica médica en local comercial ofrece visitas en el mismo día por enfermedades y lesiones básicas.

### Providence ExpressCare Virtual

Servicios para afecciones comunes (tales como dolor de garganta, tos, fiebre, etc.) usando la plataforma de Providence en línea a través de una tableta, teléfono inteligente o computadora para citas para el mismo día.

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

Describe los cargos que su plan permite pagar por servicios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Cuando el costo de los servicios fuera de la red supera los montos UCR, usted es responsable de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estos montos no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.

### Comuníquese con nosotros

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



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



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

## Declaración de no discriminación

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

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

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

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

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

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

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

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

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

## Language Access Information

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ديرييب گ. ش مايب راگ انيرابص ورت يزب ان التيس ه، ديك ن يم گفتگ و يف ارس زب ان ب ه اگ ر: توج ه ف يم باش د. د ب 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)