

Su resumen de beneficios

Plan calificado de HSA - Formulario P-HSA



Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red	Máximo común de gastos de bolsillo por año calendario	Deducible común por año calendario
20 % de coseguro (después del deducible)	40 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	\$6,750 por persona \$13,500 por familia (2 o más)	\$3,500 por persona \$7,000 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.

- Cuando hay dos o más familiares inscritos, el límite anual por persona dentro de la red para el costo compartido es de \$9,100.
- El deducible individual conjunto se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el monto del deducible familiar se aplica antes de que el plan proporcione beneficios para los servicios cubiertos.
- El máximo individual conjunto pagado de su propio bolsillo se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el monto del máximo familiar de gastos de bolsillo se aplica antes de que el plan proporcione beneficios para los servicios cubiertos.
- Sus deducibles están incluidos en el máximo de gastos de bolsillo indicado arriba.
- Los deducibles dentro y fuera de la red y los máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado.
- Para averiguar si un medicamento está cubierto por su plan, consulte en línea en ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy.
- No es acreditable para la Parte D de Medicare
- Si usted solicita o su proveedor le receta un medicamento de marca en casos en los que hay genéricos disponibles, independientemente del motivo, usted será responsable de la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- 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
- 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.
- La inscripción y elegibilidad de la cuenta de ahorros médicos no se genera automáticamente con la inscripción a este Plan de salud con deducible alto (HDHP, por su sigla en inglés). Consulte más detalles en su manual.
- 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

Generalidades destacadas de los beneficios del plan calificado de HSA

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

✓ No se necesita alcanzar ningún deducible antes de recibir este beneficio.	Coseguro dentro de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor dentro de la red)	Coseguro fuera de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor fuera de la red)
Visitas a proveedores a demanda		
• Providence ExpressCare Virtual	Totalmente cubierto	No cubierto
• Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare	Totalmente cubierto	No corresponde
Atención preventiva		
• Exámenes de salud periódicos y atención de bebé sano	Totalmente cubierto ✓	40%
• Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubierto ✓	40%
• Colonoscopia (edad 45+)	Totalmente cubierto ✓	40%
• Examen ginecológico (año calendario) y prueba de Papanicolaou	Totalmente cubierto ✓	40%
• Mamografías	Totalmente cubierto ✓	40%
• Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto ✓	40%
• Cesación de tabaquismo: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar	Totalmente cubierto ✓	40%
	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
Servicios de médicos/proveedores		
• Visitas al consultorio del médico de cabecera (presenciales y virtuales)	20%	40%
• Visitas al consultorio de especialistas/otros proveedores (presenciales y virtuales)	20%	40%
• Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (por ejemplo naturópata, presenciales y virtuales)	20%	40%
• Manipulaciones quiroprácticas (limitadas a 20 visitas por año calendario)	20%	40%
• Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)	20%	40%
• Inyecciones y sueros para alergias	20%	40%
• Infusiones y medicamentos inyectables	20%	40%

<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía, anestesia en un consultorio o centro ● Visitas de internación en hospital 	20% 20%	40% 40%
Generalidades destacadas de los beneficios del plan calificado de HSA (continuación)	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios de diagnóstico		
<ul style="list-style-type: none"> ● Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías) ● Servicios de imagenología con alta tecnología (TEP, TC, RM) 	20% 20%	40% 40%
Medicamentos recetados (Un suministro para hasta 30 días/farmacias minoristas y farmacias minoristas preferidas; un suministro para 90 días/farmacias de pedido por correo y farmacias minoristas preferidas) Los medicamentos con protección legal (<i>safe harbor</i>) están exentos del deducible y sujetos al formulario y al nivel de costo compartido aplicable (Costo compartido de insulina limitado a \$80 para un suministro para 30 días luego de que se alcance el deducible)		
<ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos de prevención de la ACA ● Nivel 1 ● Nivel 2 ● Nivel 3 ● Nivel 4 ● Nivel 5 ● Nivel 6 ● Medicamentos compuestos (los medicamentos compuestos están limitados a un suministro para 30 días y deben obtenerse en una farmacia minorista/minorista preferida) 	Totalmente cubierto ✓ 20% 20% 20% 20% 50 % hasta \$200 50 % hasta \$200 50%	No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto
Servicios de emergencia y urgencia		
<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de emergencia (solo para afecciones médicas de emergencia. Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado) ● Servicios de atención urgente (enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores) ● 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% 20%	20% 40% 20%
Servicios de hospital		
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención a pacientes internados y en observación ● Atención de rehabilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental). ● Atención de habilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental). ● Centro de enfermería especializada (Limitado a 60 días por año calendario) ● 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) 	20% 20% 20% 20% 50%	40% 40% 40% 40% No cubierto
Servicios ambulatorios		
<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía ambulatoria, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia, manipulación osteopática, programa de tratamiento del dolor (multidisciplinario) ● Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) ● Colonoscopia (no preventiva) en un centro basado en un hospital ● Colonoscopia (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) ● 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) ● 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). ● 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). ● Rehabilitación cardíaca ● Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (Limitada a 10 visitas de por vida, los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental) ● Terapia de visión (convergencia insuficiente) (Limitada a 12 visitas en la vida) 	20% 10% 20% 10% 50% 20% 20% 20% 20% 20%	40% 40% 40% 40% No cubierto 40% 40% 40% 40% 40%

Generalidades destacadas de los beneficios del plan calificado de HSA (continuación)	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios de maternidad		
<ul style="list-style-type: none"> ● Visitas prenatales al consultorio ● Servicios de parto y posparto ● Servicios de internación en hospital/centro ● Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales 	Totalmente cubierto ✓ 20% 20% 20%	40% 40% 40% 40%
Equipos, suministros y dispositivos médicos		
<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo médico, artefactos, prótesis/ortesis y suministros (Audífonos limitados a 1 por oído cada 3 años calendario) ● Suministros para diabetes (Como lancetas, tiras de prueba, agujas y controles de sangre y glucosa continuos) ● Ortesis personalizadas removibles para zapatos (Limitadas a \$200 por año calendario) ● Aparato bucal para la apnea del sueño (Limitado fuera de la red a \$2,000 por año calendario) 	20% 20 % ✓ 20% 20%	40% 40% 40% 40%
Salud mental/dependencia farmacológica		
Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa. <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de internación y domiciliarios ● Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial ● Análisis conductual aplicado ● Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (presenciales y virtuales) 	20% 20% 20% 20%	40% 40% 40% 40%
Salud en el hogar y cuidados paliativos		
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención médica en el hogar ● Cuidados paliativos 	20% 20%	40% 40%
Examen oftalmológico de rutina		
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"> ● WellVision Exam® pediátrico (menores de 19 años) - Cada 12 meses ● WellVision Exam® para adultos - Cada 12 meses 	Totalmente cubierto ✓ \$10 ✓	Cubierto hasta \$45 ✓ Cubierto hasta \$45 ✓

Su guía para los términos y frases usados para explicar sus beneficios

Medicamentos de prevención de la ACA

Los medicamentos de prevención de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act, ACA*) son medicamentos, incluidos los anticonceptivos, que están indicados en nuestro formulario como tales y están cubiertos sin costo cuando se obtienen en farmacias participantes.

Los medicamentos de prevención de venta libre provenientes de farmacias participantes requieren una receta escrita de su proveedor calificado para estar totalmente cubiertos por este beneficio.

Límite anual para el costo compartido

El monto máximo que un miembro paga de su propio bolsillo por año calendario para recibir los servicios cubiertos con beneficios médicos esenciales dentro de la red, cuando hay dos o más familiares inscritos en este plan.

Coseguro

El porcentaje del costo que quizá deba pagar por un servicio cubierto.

Medicamento compuesto

Los medicamentos compuestos son recetas que su farmacéutico prepara especialmente para usted y deben contener al menos un medicamento aprobado por la FDA para ser elegibles para la cobertura. Los reclamos están sujetos a revisión clínica por necesidad médica y su pago no está garantizado.

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.

Deducible

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. 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 por los servicios que no se aplican al deducible.

Formulario

Un formulario es una lista de medicamentos recetados aprobados por la FDA elaborada por médicos y farmacéuticos, diseñada para ofrecer opciones de tratamiento farmacológico para las afecciones médicas cubiertas. El formulario de Providence Health Plan incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicamentos de mantenimiento

Medicamentos que se suelen recetar para tratar afecciones a largo plazo o crónicas, como diabetes, hipertensión arterial y colesterol alto. Los medicamentos de mantenimiento son los que haya recibido en virtud de nuestro plan durante al menos 30 días y que prevé seguir consumiendo en el futuro. No todos los medicamentos se consideran recetas de mantenimiento, lo que incluye medicamentos compuestos y medicamentos obtenidos de farmacias de especialidad.

Cuenta de ahorros médicos (HSA)

Cuentas bancarias del empleado donde se deposita dinero —por parte de los empleados, los empleadores e incluso familiares— para usarse para los gastos de atención médica actuales y futuros de los empleados. Las aportaciones pueden deducirse antes de impuestos de los sueldos y el dinero se acumula de un año a otro y permanece con el empleado incluso si cambia de empleo y se jubila.

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 parte de proveedores de la red. Puede aplicarse la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite ProvidenceHealthPlan.org/findaprovider.

Limitaciones y exclusiones

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

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 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.

Máximo de gastos de bolsillo

El monto límite en dólares que una persona o familia paga por servicios cubiertos especificados en un año calendario. El 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 los detalles en su Manual para miembros.

Autorización previa para medicamentos recetados

Proceso empleado para solicitar una excepción al formulario de medicamentos de Providence Health Plan. Este proceso puede iniciarse por parte del profesional que receta el medicamento. Algunos medicamentos requieren una autorización previa con respecto a la necesidad médica, el lugar de la terapia, la duración de la terapia, la terapia de pasos o la cantidad de dosis.

Nivel de medicamento recetado

El número del nivel de medicamento recetado se correlaciona con la ubicación de un medicamento en el formulario. El Nivel 1 se compone de los medicamentos de prevención de la ACA y de otros medicamentos de prevención exclusivos. El Nivel 2 se compone principalmente de medicamentos genéricos, mientras que los Niveles 3 y 4 contienen medicamentos genéricos y de marca. Los medicamentos de especialidad se incluyen en los Niveles 5 y 6.

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.

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.

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.

Medicamentos de prevención con protección legal (*safe harbor*)

El Código de Impuestos Interno que rige los planes calificados de HSA brinda una protección legal a los medicamentos de prevención que califican, lo que permite que estos medicamentos estén exentos del deducible. Los medicamentos de prevención con protección legal (*safe harbor*) no incluyen medicamentos usados para tratar una enfermedad, lesión o afección existentes. Los medicamentos de prevención con protección legal están sujetos al estado en el formulario y el nivel, así como a los programas de administración farmacéutica (por ejemplo, autorización previa, terapia de pasos, límites de cantidad).

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

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).

របៀបកុំ: ើបើសិនជាអ្នក កនិយាយ ភាសាខ្មែរ រឺ ស្រី យើងជួយ ឱ្យអ្នក ងាយមិន គិតឈ្នួល ឬ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក ក្រ ចូរ ទូរស័ព្ទ 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).

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