

# Su resumen de beneficios

Terapia de masaje Plus

Washington County



Copago	Beneficio máximo del año calendario
\$15	\$2,000 por miembro

## Información importante acerca de su plan

Estos beneficios se ofrecen como una opción adicional a su plan médico. Para ver los detalles de su plan, inscribese e inicie sesión en [myprovidence.com](http://myprovidence.com).

- Con este beneficio tiene acceso a terapeutas masajistas certificados que ejercen dentro del alcance de su licencia.
- Para la mayoría de los planes, el deducible de su plan médico no se aplica a estos beneficios y el copago o el coseguro no se aplican al máximo pagado de su propio bolsillo correspondiente a su plan médico.
- Para los planes de la cuenta de ahorros médicos (HSA), su deducible se aplica a estos beneficios. El deducible, el copago o el coseguro que se acumulan para estos servicios no se aplican al máximo pagado de su propio bolsillo correspondiente a su plan y al límite anual sobre el costo compartido.
- Los beneficios se basan en los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros

## Información sobre sus beneficios de terapia de masaje

Este plan cubre la terapia de masaje cuando:

- Es proporcionada por un terapeuta masajista calificado participante que esté ejerciendo dentro del alcance de su licencia.
- No se incluya como una exclusión en el Manual para miembros.

## Lo que necesita saber antes de usar este beneficio

- No necesita la remisión de un médico para recibir estos beneficios.
- La atención preventiva de rutina sin enfermedad, lesión o afección no está cubierta.
- Se requiere un copago por proveedor, por fecha de servicio.
- Para asegurarse de que los reclamos se procesen a tiempo, se lo anima a entregar un reclamo por tratamiento en el plazo de 60 días a partir de la fecha en que recibe el servicio. Providence Health Plan no pagará los reclamos recibidos después de que hayan pasado 365 días de la fecha en que se recibió el servicio; sin embargo, se harán excepciones si recibimos documentación de su incapacidad legal.
- Entregue su reclamo detallado a:

Providence Health Plan  
Attn: Claims  
Department  
P.O. Box 3125  
Portland, OR 97208-3125

## Servicios de terapia de masaje cubiertos

- Terapia de rehabilitación a corto plazo.

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

### 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.

### Beneficio máximo del año calendario

Monto total en dólares de los beneficios o visitas que puede recibir por año calendario.

### Fuera de la red

Se refiere a los servicios que recibe de proveedores que no están en la red de su plan. Para encontrar un proveedor dentro de la red, diríjase a <http://providencehealthplan.com/findaprovider>

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.