

# Resumen de sus beneficios

## Plan Total Enhanced oro 4500 (4500 Gold)



De la red Signature de Providence	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual de año calendario (por familia es 2 veces el individual).	\$4,500 común	
Máximo individual de gastos de bolsillo (por familia es 2 veces el individual); dicha cantidad incluye el deducible.	\$7,500 común	

### Información importante acerca de su plan y beneficios

El presente resumen sólo ofrece lo más destacado. Para ver su plan en detalle, regístrese y entre en: [www.myProvidence.com](http://www.myProvidence.com).

- Los servicios tanto dentro como fuera de la red y los máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado.
- Ciertos servicios y multas no aplican a los máximos de gastos de bolsillo.
- Para ciertos servicios se requiere tener previa autorización (en inglés 'Prior Authorization' o bien, 'PA').
- Véase la lista de proveedores y farmacias de la red en: [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider).
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, acuda a proveedores dentro de la red *Providence Signature*.
- Si opta por servicios fuera de la red, quizá quede sujeto a facturación de cargos por arriba del tipo usual, acostumbrado y razonable (o 'UCR' por sus siglas en inglés). Los beneficios por servicios fuera de la red son con base a estos cargos UCR.
- Aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Para mayores detalles consulte su Manual para miembros.
- Acreditable a través de la Parte D de Medicare.
- Importantes datos sobre cómo utilizar su plan en: [ProvidenceHealthPlan.com/usingyourplan](http://ProvidenceHealthPlan.com/usingyourplan).

Abajo aparece la cantidad que paga usted después de cumplir con su deducible de año calendario.

✓ = No aplica el deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Consultas médicas a pedido (es decir, 'On-Demand')</b>		
Consulta virtual por Tel. y video ( <i>Express Care Virtual</i> ) con un proveedor de atención médica primaria o por sitios Internet directos.	Se cubre todo	No se cubre
Clínica de salud con venta menudeo Providence <i>Express Care</i> .	Se cubre todo	No aplica
Consulta virtual por teléfono y video con un especialista.	\$25 ✓	No se cubre
<b>Servicios preventivos</b>		
Exámenes periódicos de la salud; atención ' <i>Well-baby</i> ' bebé sano.	Se cubre todo ✓	40% ✓
Vacunas de rutina; inyecciones.	Se cubre todo ✓	40% ✓
Colonoscopia (para edades de 50 años o mayor).	Se cubre todo ✓	40%
Exámenes ginecológicos (por año calendario), pruebas Papanicolaou.	Se cubre todo ✓	40%
Mamografías.	Se cubre todo ✓	40%
Consejería nutricional.	Se cubre todo ✓	40%
Para dejar el tabaco: clases, consejería, medicinas disuasivas	Se cubre todo ✓	No se cubre
<b>Servicios del médico / proveedor sanitario profesional</b>		
Visitas al consultorio de su médico de atención primaria.	\$20 ✓	40% ✓
Consultas con proveedores de medicina alternativa (naturópata, etc.; la manipulación quiropráctica y acupuntura se cubren por separado en el consultorio de acuerdo a los niveles listados para dichos beneficios).	\$20 ✓	40% ✓
Visitas al consultorio de especialistas.	\$40 ✓	40% ✓
Consultas en hospital, paciente interno.	20%	40%
Inyecciones, sueros para alergias; medicinas inyectables e infusión.	20%	40%
Cirugía y anestesia en el consultorio o centro médico.	20%	40%

## Resumen de sus beneficios (continúa)

Abajo aparece la cantidad que paga usted después de cumplir con su deducible de año calendario.

✓ = No aplica el deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de diagnóstico</b>		
Servicios de rayos X, laboratorio y pruebas (incluye ultrasonido)	20% ✓	40%
Servicios de imágenes de alta tecnología (como PET, CT o MRI).	20%	40%
Estudios del sueño.	20% ✓	40%
<b>Servicios de emergencia y cuidados de urgencia</b>		
De emergencia (aplica deducible; sólo condiciones médicas de emergencia; si ingresa al hospital, el servicio queda sujeto a los beneficios de paciente interno).	\$250 luego 20% ✓	\$250 luego 20% ✓
Transporte médico de emergencia (por aire y/o tierra). El transporte de emergencia se cubre bajo su beneficio dentro de la red, no importa que el proveedor sea o no de la red.		20%
Servicios urgentes (enfermedades que no ponen la vida en peligro, lesión leve).	\$40 ✓	40% ✓
<b>Servicios de hospital</b>		
Atención de paciente interno / observación	20%	40%
Centro de enfermería especializada (60 días por año calendario)	20%	40%
Atención rehabilitativa de paciente interno (limitada a 30 días por año calendario; 60 días por lesiones de cabeza / columna; sin límites para servicios de salud metal).	20%	40%
Atención habilitativa de paciente interno (limitada a 30 días por año calendario; 60 días por lesiones de cabeza / columna; sin límites para servicios de salud metal).	20%	40%
<b>Servicios de paciente ambulatorio</b>		
Cirugía de paciente ambulatorio en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
Cirugía de paciente ambulatorio en centro quirúrgico hospitalario.	20%	40%
Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico hospitalario.	20%	40%
Diálisis, infusión, quimioterapia y terapia de radiación.	20%	40%
Rehabilitación cardíaca (post quirúrgica)	Se cubre todo ✓ primeras 16 visitas luego 20% después del deducible.	40%
Servicios rehabilitativos de paciente ambulatorio: terapia física, ocupacional o del habla (límite 30 visitas por año calendario; hasta 30 visitas adicionales por afección médica especificada; los límites no aplican a servicios de salud mental).		
Terapia física	20% ✓	40%
Terapia ocupacional o del habla.	20% ✓	40%
Servicios habilitativos de paciente ambulatorio: terapia física, ocupacional o del habla (limitados a 30 visitas por año calendario; hasta 30 visitas adicionales por afección médica especificada; los límites no aplican a servicios de salud mental).	20% ✓	40%
<b>Servicios de maternidad</b>		
Atención prenatal.	Se cubre todo ✓	40%
Consultas con doctor de parto y postnatales.	20%	40%
Servicios de hospital / centro médico de paciente interno.	20%	40%
Atención de rutina al bebé en unidad neonatal (recién nacidos).	20%	40%

## Resumen de sus beneficios (continúa)

Abajo aparece la cantidad que paga usted después de cumplir su deducible de año calendario.

✓ = No aplica el deducible

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Equipo médico, provisiones y dispositivos</b>		
Equipo médico, aparatos, prótesis / órtesis y provisiones.	20%	40%
Provisiones para diabetes (lancetas, tiras de prueba y agujas).	20% ✓	40%
Dispositivos auditivos (límite 1 audífono por oído cada 3 años calendario).	20%	40%
Órtesis a la medida para calzado, extraíbles (límite \$200 año calendario).	20% ✓	40% ✓
<b>Salud mental, abuso de drogas. Todo servicio, salvo de proveedor de paciente ambulatorio, podría requerir previa autorización.</b>		
Servicios: paciente interno y residenciales.	20%	40%
Servicios: tratamiento diurno, intensivos paciente ambulatorio, hospitalización parcial.	20%	40%
Consultas de proveedor de paciente ambulatorio.	\$20 ✓	40% ✓
Análisis de comportamiento aplicado.	20%	40%
<b>Atención médica en casa y hospicio</b>		
Atención de la salud en casa.	20%	40%
Atención de hospicio (atención paliativa).	Se cubre todo ✓	Se cubre todo ✓
Atención de relevo /descanso (limitada a miembros que estén recibiendo cuidados de hospicio; limitada a 5 días consecutivos, hasta 30 días de por vida).	20%	40%
<b>Biofeedback (en inglés, técnica médica de biorretroalimentación)</b>		
Biofeedback para diagnóstico específico (limitado a 10 consultas de por vida).	20%	40%
<b>Manipulación de quiropráctica y acupuntura (no se cubre la terapia de masaje; copagos, coseguro, no aplican a sus máximos de gastos de bolsillo)</b>		
Manipulaciones de quiropráctica y acupuntura (limitado a 10 visitas combinadas por año calendario).	\$25 ✓	50% ✓

## Medicamentos de receta

Formulario P

Abajo aparece la cantidad que paga usted después de cumplir su deducible de año calendario.

✓ = No aplica el deducible

Provisión de hasta 30 días (farmacia partícipe de venta menudeo o de especialidad, preferidas):

Fármacos de nivel 1	Se cubre todo ✓
Fármacos de nivel 2	\$10 ✓
Fármacos de nivel 3	\$40 ✓
Fármacos de nivel 4	30% ✓
Fármacos de nivel 5	50% ✓ con tope de \$200 por receta
Fármacos de nivel 6	50% ✓

Provisión de 90 días (farmacia partícipe de venta menudeo, preferida)

Fármacos de nivel 1	Se cubre todo ✓
Fármacos de nivel 2	\$30 ✓
Fármacos de nivel 3	\$120 ✓
Fármacos de nivel 4	30% ✓

Provisión de 90 días (farmacia partícipe de pedido por correo postal preferidas)

Fármacos de nivel 1	Se cubre todo ✓
Fármacos de nivel 2	\$20 ✓
Fármacos de nivel 3	\$80 ✓
Fármacos de nivel 4	25% ✓

### Farmacias

Su beneficio de medicamentos de receta exige que surta sus recetas en una farmacia partícipe. Hay cuatro tipos de farmacias partícipes:

- Menudeo: es la farmacia partícipe que permite una provisión de hasta 30 días de medicinas de corto plazo y de mantenimiento tal y como se indica en su manual.
- Menudeo, preferencia: es la farmacia partícipe que permite surtir una provisión de hasta 90 días de medicinas de recetas de mantenimiento o acceso a una provisión de hasta 30 días de recetas de corto plazo.
- Especialidad: farmacia partícipe que permite una provisión de hasta 30 días de medicinas especialidad y de quimioterapia auto administrada. Tales recetas requieren de entrega, manejo, administración y monitoreo especial por parte del farmacéutico.
- De pedidos por correo postal: farmacia partícipe que permite una provisión de hasta 90 días de medicinas de mantenimiento y que se especializa en entrega directa a su domicilio. Para ordenar, su doctor puede llamar o usted envía la receta por correo postal a una de nuestras farmacias partícipes; adjunte su número de ID de miembro.
- Vea la lista de nuestras farmacias partícipes en: [ProvidenceHealthPlan.com/planpharmacies](http://ProvidenceHealthPlan.com/planpharmacies).

### Para aprovechar sus beneficios de medicamentos de receta

- Para ver si determinado medicamento se cubre bajo su plan, búsquelo en línea: [ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy](http://ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy). Tome en cuenta que el Formulario de su plan incluye medicinas preventivas tipo ACA (o también 'PPACA'), las cuales se cubren sin costo al recibirlas de farmacias partícipes según lo exige la Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible.
- Los contraceptivos para la mujer aprobados por la FDA, según listados en el Formulario, se cubren sin costo por una provisión de hasta 12 meses –después del surtido inicial de 3 meses– en cualquier farmacia partícipe.
- Puede comprar una provisión de hasta 90 días de medicinas de mantenimiento a través de una farmacia partícipe de servicio por correo postal o de venta al menudeo preferido a 3 veces el copago. No todos los medicamentos se consideran ser de receta de mantenimiento, incluso los fármacos compuestos y fármacos obtenidos de farmacias de especialidad.
- Si usted o su proveedor piden o recetan una medicina de marca habiendo disponible la genérica, no importa la razón, usted se hará responsable de la diferencia del costo entre ambas, además del copago o coseguro en los niveles 4 ó 6 indicados en el respectivo Resumen de beneficios. Pero su costo total nunca excederá el precio actual de la medicina.
- El medicamento aprobado que no es de especialidad y que no aparece en el Formulario se cubrirá al nivel 4 de costo compartido de medicinas de especialidad. El medicamento aprobado de especialidad que no aparece en el Formulario se cubrirá al nivel 6 de costo compartido de medicinas de especialidad.

## Medicamentos de receta

### Formulario P

---

- Los medicamentos compuestos son recetas que prepara el farmacéutico. Deben contener al menos un fármaco aprobado por la *FDA* (siglas en inglés de Administración de Alimentos y Medicamentos) a fin de reunir los requisitos de cobertura bajo su plan. Dichas medicinas de compuestos se cubren para una provisión de hasta 30 días a un 50% después del deducible. Los reclamos quedan sujetos a una revisión clínica para verificar la necesidad médica y no se garantiza su pago.
- La mayoría de los fármacos de especialidad de los niveles 5 y 6 son recetas que exigen manejo, entrega, administración y monitoreo especial por parte del farmacéutico.
- La mayoría de los fármacos de especialidad y quimioterapia sólo están disponibles en nuestras farmacias designadas para ello.
- Ciertos medicamentos, dispositivos y provisiones obtenidos en su farmacia podrían aplicar para con su beneficio médico.
- Las provisiones para diabetes se pueden obtener en una farmacia partícipe, y quedan sujetas a limitaciones de beneficios de su grupo médico de provisiones y dispositivos, así como de coseguro. Para más detalles, véase su manual para miembros.
- Ciertas medicinas de receta exigen previa autorización para verificar la necesidad médica, lugar de terapia, duración de terapia, terapia de paso, o dosis. Si el fármaco para su afección médica cubierta no aparece en el Formulario, por favor llámenos.
- La quimioterapia autoadministrada se cubre bajo el beneficio de medicamentos de receta a menos que la cobertura de quimio–terapia de paciente ambulatorio resulte en un menor gasto de bolsillo para Ud. Refiérase al manual para más información.
- Los medicamentos autoinyectables sólo se cubren cuando así sean administrados y etiquetados por la *FDA* como tales. En algunos casos, se pudiera exigir previa autorización para dicha medicina, así como documentación para ser auto administrada. La medicina etiquetada como auto administrada y que la administre un doctor queda bajo el beneficio médico del miembro.
- Cerciórese de presentar su tarjeta actualizada de identificación como miembro de Providence Health Plan.

## Servicios rutinarios para la vista

### Facilitados por VSP

De la red VSP Choice (servicio de atención al cliente: 800-877-7195)

Abajo aparece la cantidad que paga usted después de cumplir con el deducible de año calendario.

✓ = No aplica el deducible

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios pediátricos de la vista (hijos menores de 19 años de edad)</b>		
Examen rutinario de los ojos (limitado a 1 examen por año calendario)	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$45 ✓
Lentes (limitado a 1 par por año calendario)		
Visión sencilla	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$30 ✓
Bifocales de línea	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$50 ✓
Trifocales de línea	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$70 ✓
Lenticulares	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$100 ✓
Armazones (limitado a 1 par por año calendario; a escoger de entre la colección de productos oculares Otis & Piper™ de VSP.)	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$70 ✓
Lentes de contacto y materiales en lugar de anteojos	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$105 ✓
Estándar: 1 par por año calendario (1 lente de contacto por ojo).		
Mensual: provisión de 6 meses por año calendario (6 lentes por ojo).		
Bi-semanal: provisión de 3 meses por año calendario (6 lentes por ojo).		
Dailies (marca): provisión de 3 meses por año calendario (90 lentes por ojo).		
<b>Servicios para la vista, adultos (los copagos no aplican para su máximo de gastos de bolsillo)</b>		
Examen rutinario de los ojos (limitado a 1 examen por año calendario)	\$30 ✓	Cubre hasta \$45 ✓
Lentes (limitado a 1 par por 2 años calendario)		
Visión sencilla	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$30 ✓
Bifocales de línea	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$50 ✓
Trifocales de línea	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$70 ✓
Lenticulares	Se cubre todo ✓	Cubre hasta \$100 ✓
Progresivos	\$50 ✓	Cubre hasta \$50 ✓
Armazones (limitado a 1 par por dos años calendario)	Cubre hasta \$130 ✓	Cubre hasta \$70 ✓
Lentes de contacto y materiales en lugar de anteojos (limitado a cada 2 años)	Cubre hasta \$130 ✓	Cubre hasta \$105 ✓

## Servicio dental pediátrico (hijos menores de 19 años de edad)

Servicio de atención al cliente, incluso para obtener previa autorización y reclamos, favor de llamar al: 800-878-4445.

Abajo aparece la cantidad que paga usted después de cumplir con el deducible de año calendario.

	Dentro de la red	Dentro de la red Si decide acudir a un dentista fuera de la red, quizá quede sujeto a facturación de cargos por arriba del máximo permisible (o 'MAC' por sus siglas en inglés).
✓ = No aplica el deducible		
<b>Servicio preventivo</b>		
Exámenes de rutina 2 servicios cada 12 meses.	Se cubre todo ✓	30% ✓
Rayos-X de aleta de mordida 4 cada 6 meses.	Se cubre todo ✓	30% ✓
Limpiezas 1 cada 6 meses.	Se cubre todo ✓	30% ✓
Fluoruro tópico 1 cada 6 meses.	Se cubre todo ✓	30% ✓
Sellado de fisuras Un servicio por diente (molar) cada 60 meses.	Se cubre todo ✓	30% ✓
Mantenedores de espacio	Se cubre todo ✓	30% ✓
<b>Servicio básico</b>		
Empastes (rellenos) restaurativos	50%	70%
<b>Servicios mayores</b>		
Cirugía bucal (extracciones y otros procedimientos quirúrgicos menores)	50%	70%
Endodoncia y periodoncia	50%	70%
Coronas de acero inoxidable / primario anterior o primario posterior / permanente 1 servicio por diente en un período de 7 años.	50%	70%
Coronas de porcelana –con previa autorización 1 servicio por diente en un período de 7 años, para hijos de 16 años de edad o mayores (limitado sólo para dientes #6-11, 22 y 27).	50%	70%
Dientes postizos y trabajo de puentes (construir o reparar puentes fijos, dentadura postiza parcial o completa). Limitado a 1 servicio cada 10 años para dentaduras completas y 1 cada 10 años para dentaduras parciales de miembros de 16 años de edad o mayores.	50%	70%

## Guía – glosario de palabras o frases utilizadas que explican sus beneficios (prestaciones)

**Medicinas preventivas ACA** –Son las genéricas o las de marca que se incluyen en el Formulario y se cubren sin costo cuando se reciben de farmacias participantes conforme lo exige la Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible (PPACA, siglas en inglés). El medicamento preventivo de mostrador obtenido en farmacias participantes no se podrá cubrir de lleno sin tener la receta escrita por el médico autorizado.

**Medicinas de marca** –Medicinas de marca son protegidas por leyes de patente de los EE.UU. y sólo un fabricante cuenta con los derechos de producirlas y venderlas.

**Coseguro** –Es el porcentaje del costo que usted paga a una farmacia participe –al momento de hacer la compra– por un medicamento de receta.

**Copago** –Cantidad fija de dólares que se paga a una farmacia participe por medicinas cubiertas al momento de la compra.

**Deducible** –Cantidad de dólares que paga el individuo o la familia por los servicios cubiertos antes de que su plan pague cualquier beneficio en un año calendario. Los gastos listados a continuación no se aplican a su deducible: servicios no cubiertos por su plan; cuotas que excedan cargo usual, acostumbrado y razonable (siglas en inglés ‘UCR’) según lo establece su plan; multas incurridas por no cumplir usted con los requisitos de previa autorización de su plan; copagos o coseguros por concepto de servicios que no se aplican al deducible.

**Formulario** –Listado de medicinas aprobadas por la FDA, creadas por médicos y farmacéuticos y para ofrecer opciones de tratamiento de afecciones cubiertas. Providence Health Plan cuenta con un formulario de fármacos tanto de marca como genéricos.

**Medicina genérica** –Tienen la misma fórmula de ingrediente activo que las de marca. Se suele disponer de la genérica luego de que vence la patente de la medicina de marca.

**Dentro de la red** –Se refiere a los servicios recibidos dentro de la extensa red de médicos, proveedores sanitarios y centros altamente cualificados bajo contrato con Providence Health Plan para su plan específico. Por lo general, sus gastos de bolsillo son más bajos cuando recibe dichos servicios cubiertos de parte proveedores dentro de la red.

**Limitaciones y exclusiones** –Todo servicio cubierto queda sujeto a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Refiérase a su Manual para miembros o a su contrato para ver el listado completo.

**Medicamento de mantenimiento** –Son medicamentos que típicamente se recetan para el tratamiento de afecciones de largo plazo o crónicas, como la diabetes, alta presión arterial y alto nivel de colesterol. La medicina de mantenimiento es aquella que recibe usted bajo nuestro plan por al menos un mes y que anticipa seguir usando en lo futuro. Los fármacos compuestos y los de especialidad quedan excluidos de esta definición y se limitan a una provisión de 30 días.

**Cargo máximo permisible (‘MAC’ en inglés)** –Limitación de cargos facturados que determina Providence Health Plan o el agente autorizado de éste en áreas geográficas donde incurrió el gasto; no puede ser menos de la cuota acordada por un servicio si éste lo facilita un proveedor de la red *Network Dental Provider*. El cargo MAC no incluye impuesto de venta, manejos u otras cuotas o cargos similares, y éstos no se consideran gastos cubiertos.

**Medicare Parte D *acreditable*** –Cobertura, es acreditable cuando lo que el plan paga por medicinas de receta es, en promedio para cada miembro participe del plan, tanto como el pago promedio bajo el beneficio estándar de la Parte D de Medicare.

**Medicare Parte D *NO acreditable*** –Cobertura, *no* es acreditable cuando lo que el plan paga por medicinas de receta es, para cada miembro participe del plan, menos de lo que se esperaría que pagase la cobertura estándar de la Parte D de Medicare para medicinas de receta.

**Medicamento fuera del Formulario** –Son medicamentos no incluidos en el listado aprobado por la FDA. Dichas recetas requieren previa autorización por el plan de salud (Health Plan) y si se aprueban, se paga al nivel más alto de las no especializadas o al nivel más alto de costo compartido.

**Fuera de la red** –Servicios recibidos de proveedores fuera de la red del plan. Su gasto de bolsillo suele ser mayor cuando recibe servicios cubiertos del proveedor no participe pues no tiene contrato con los planes Providence Health Plan y así, pudiera haber facturación de balances. Vea proveedores dentro de la red en: [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider).

**Máximo de gastos de bolsillo** –Límite de dólares que paga la persona o familia por servicios cubiertos por año calendario. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Consulte su Manual para ver los detalles.

**Médico personal (atención primaria)** –Proveedor cualificado que facilita la mayor parte de su atención médica y, cuando sea necesario, coordina dichos cuidados con otros proveedores de manera que le sea conveniente y rentable a usted.

**Previa autorización de medicamentos de receta** –Proceso utilizado para solicitar una excepción del Formulario de medicamentos de Providence Health Plan. Dicho proceso lo puede iniciar quien remita la receta al inscrito en el plan. Ciertos medicamentos requieren de previa autorización para verificar la necesidad médica, lugar de terapia, duración de terapia, terapia de pasos, y número de dosis. Vea más informes en: [www.ProvidenceHealthPlan.com](http://www.ProvidenceHealthPlan.com).

**Niveles de medicamentos de receta** –El número de nivel coincide con su respectivo puesto en el Formulario. Los niveles 1 y 2 constan mayormente de genéricas, mientras que los niveles 3 y 4 son tanto genéricas como de marca. Las de especialidad se encuentran en los niveles 5 y 6.

**Previa autorización** –Ciertos servicios deben autorizarse de antemano. Dentro del plan, su proveedor solicitará la previa autorización. Fuera del plan, usted se responsabiliza de obtener la previa autorización.



**Clínica con venta al menudeo** –No requiere de cita pero no es consultorio, centro de cuidados urgentes, farmacia, o clínica independiente; es una operación minorista. Dicha clínica ofrece consultas el mismo día para enfermedades o lesiones leves, o también, servicios de medicina preventiva.

**Medicamento de especialidad** –Son inyectables, de infusión, oral, tópico, o inhalado que requieren manejo, entrega, monitoreo y administración especial; suelen ser más caros. Estas medicinas deben comprarse en nuestra farmacia designada para ello. Dada su naturaleza, la provisión se limita a 30 días. El beneficio suyo los incluye en el Formulario bajo los niveles 5 y 6. Por lo general, sus gastos de bolsillo son menos con la medicina de nivel 5.

**Gasto tipo usual, acostumbrado y razonable ('UCR' por sus siglas en inglés: 'Usual, Customary & Reasonable')** –Son los gastos que permite su plan por concepto de servicios que reciba usted de parte de un proveedor fuera de la red. Cuando el monto de dichos servicios (fuera de la red) exceda las cantidades del 'UCR', usted se responsabiliza de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estas cantidades no aplican a los deducibles de su plan o a máximos de gastos de bolsillo.

**Consulta directa por Internet (o 'Web-direct visit')** –Es la consulta con un proveedor de la red que se lleva a cabo en línea mediante un cuestionario a fin de obtener datos para poder diagnosticar y tratar afecciones médicas tales como resfrío, gripe, garganta irritada, alergias, dolor de oído, la sinusitis o una infección de vías urinarias (en inglés 'UTI' por sus siglas). Por ahora dichas consultas sólo se obtienen a través de proveedores del grupo médico Providence Medical Group.

**Visita / consulta virtual ('Virtual visit' en inglés)** –Es la consulta con un proveedor de la red a través de tecnología Internet segura, como las consultas por teléfono y video de *Providence Express Care* (donde esté disponible).

## Comuníquese con nosotros

Área metro Portland: 503-574-7500  
Todas las demás áreas: 800-878-4445  
Usuarios TTY: 711

O bien, en: [www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus)

## Declaración de no discriminación

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las respectivas leyes civiles federales y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a personas ni las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan material y servicio auxiliar gratuito a personas con discapacidad a fin que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, contenidos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrecen servicios gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información por escrito en otros idiomas.

Si es miembro de Medicare y necesita tales servicios, llame al: 503-574-8000 ó al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 ó al 1-800-878-4445. Para miembros con discapacidad auditiva, llamar a nuestra línea TTY 711.

Si le parece que Providence Health Plan o Providence Health Assurance ha fallado al ofrecer dichos servicios, o que ha discriminado de otra manera con base en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, podrá presentar su queja por correo postal a nuestro coordinador de no discriminación (*Non-discrimination Coordinator*):

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

Si es miembro de Medicare y necesita ayuda para presentar una queja, llame al: 503-574-8000 ó bien, al: 1-800-603-2340. Los demás miembros pueden pedir asistencia llamando al: 503-574-7500 ó al: 1-800-878-4445 (línea TTY en 711). Puede asimismo levantar un acta electrónicamente de derechos civiles con el Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU / Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo, o por teléfono...

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

Formularios para quejas, disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## 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: 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): (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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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).

د گ یرود. شما د رای راو گان د صورت زیدانی د سه یلات ک زید، می گ ف تگوف اراسی زیدان د ه اگ ر: ت وجه ف می د اشد. د ا 1-800-878-4445 (TTY: 711) ت ماس

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)

