Su resumen de beneficios

Total Enhanced 2500 Gold

Red de Providence Signature	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual por año calendario (el monto familiar es el doble del individual)	$2,500 común	
Máximo individual de gastos de bolsillo (el monto familiar es el doble del individual) Este monto incluye el deducible.	$7,500 común	

Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbase e inicie sesión en myProvidence.com.

- Los Servicios dentro y fuera de la red se acumulan para su deducible común y su máximo común pagado de su propio bolsillo.
- Algunos servicios y multas no se aplican al Máximo de gastos de bolsillo.
- Ciertos servicios requieren autorización previa.
- Vea una lista de proveedores y farmacias dentro de la red en ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red de Providence Signature.
- 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. Consulte los detalles en su manual.
- Acreditable para la Parte D de Medicare.
- Encuentre información importante sobre cómo usar su plan en ProvidenceHealthPlan.com/usingyourplan.

✓ **El deducible no se aplica**	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas a demanda		
Providence ExpressCare Virtual	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
Visitas en 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 y vacunas de rutina	Totalmente cubierto ✓	40 % ✓
Colonoscopía (preventiva, edad 45+)	Totalmente cubierto ✓	40 %
Exámenes ginecológicos (1 por año calendario), exámenes de mama y pruebas 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 ✓	No cubierto
Servicios de médicos/profesionales		
Visitas al consultorio de un profesional médico de cabecera		40 % ✓
Presenciales	$20 ✓	
Virtuales	$10 ✓	
Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (por ejemplo, naturópata) (Los servicios de quiropráctica y acupuntura están cubiertos independientemente de la visita al consultorio en los niveles indicados para esos beneficios).	$20 ✓	40 % ✓
Visitas al consultorio de especialistas (presenciales o virtuales)	$40 ✓	40 % ✓
Visitas de internación en hospital	20 %	40 %
Inyecciones y sueros para alergias, infusiones y medicamentos inyectables	20 %	40 %
Cirugía y anestesia en consultorio o centro	20 %	40 %
Servicios de diagnóstico		
Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)	20 % ✓	40 %
Servicios de imagenología con alta tecnología (PET, TC, RM)	20 %	40 %
Estudios del sueño	20 % ✓	40 %

Su resumen de beneficios

✓ **El deducible no se aplica**	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de emergencia y urgencia		
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).	$250 luego 20 % ✓	$250 luego 20 % ✓
Transporte médico de emergencia (por aire o por tierra) (El transporte de emergencia está cubierto por su beneficio dentro de la red, independientemente de que el proveedor esté o no dentro de la red).	20 %	20 %
Visitas de atención urgente (para enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)	$40 ✓	40 % ✓
Servicios de hospital		
Atención a pacientes internados y en observación	20 %	40 %
Centro de enfermería especializada (limitado a 60 días por año calendario)	20 %	40 %
Atención de rehabilitación de pacientes hospitalizados (Limitado a 30 días por año calendario; 60 días para lesiones de cabeza/columna. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	20 %	40 %
Atención de habilitación de pacientes hospitalizados (Limitado a 30 días por año calendario; 60 días para lesiones de cabeza/columna. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	20 %	40 %
Servicios ambulatorios		
Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria	10 %	40 %
Cirugía ambulatoria en un centro basado en un hospital	20 %	40 %
Colonoscopía (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria	10 %	40 %
Colonoscopía (no preventiva) en un centro basado en un hospital	20 %	40 %
Diálisis, infusión, quimioterapia y radioterapia ambulatorias	20 %	40 %
Rehabilitación cardíaca (posquirúrgica)	Primeras 16 visitas Totalmente cubierto ✓ luego 20 % después del deducible	40 %
Servicios de rehabilitación ambulatorios; fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario y hasta 30 visitas adicionales por afección específica. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).		
Fisioterapia	20 % ✓	40 %
Terapia ocupacional y del habla	20 % ✓	40 %
Servicios de habilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional o del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario y hasta 30 visitas adicionales por afección específica. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	20 % ✓	40 %
Servicios de maternidad		
Visitas prenatales	Totalmente cubierto ✓	40 %
Parto y visitas posparto a médicos u otros profesionales	20 %	40 %
Servicios de internación en hospital/centro	20 %	40 %
Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales	20 %	40 %
Equipos, suministros y dispositivos médicos		
Equipo médico, artefactos, prótesis/ortesis y suministros	20 %	40 %
Suministros para diabetes (como lancetas, tiras de prueba, agujas y monitores de glucosa)	20 % ✓	40 %
Audífonos (limitados a uno por oído cada 3 años calendario)	20 %	40 %
Ortesis personalizadas removibles para zapatos (limitadas a $200 por año calendario)	20 % ✓	40 % ✓
Salud mental y dependencia farmacológica (Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa).		
Servicios de internación y domiciliarios	20 %	40 %
Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	20 %	40 %
Visitas ambulatorias al proveedor		40 % ✓
Presenciales	$20 ✓	
Virtuales	$10 ✓	

Su resumen de beneficios

✓ **El deducible no se aplica**	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental y dependencia farmacológica (Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa).		
Análisis conductual aplicado	20 %	40 %
Salud en el hogar y cuidados paliativos		
Atención médica en el hogar	20 %	40 %
Cuidados paliativos	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Cuidados de relevo (limitados a miembros que reciben cuidados paliativos; limitados a 5 días consecutivos, hasta 30 días en la vida).	20 %	40 %
Biorretroalimentación		
Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (limitada a 10 visitas en la vida)	20 %	40 %
Quiropráctica y acupuntura (terapia de masajes no cubierta)		
Manipulación quiropráctica (limitada a 20 visitas por año calendario)	$25 ✓	50 % ✓
Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)	$25 ✓	50 % ✓

Medicamentos recetados

Formulario P

✓ **El deducible no se aplica**	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos
Suministro para hasta 30 días (De una farmacia minorista, preferida o de especialidad participante)	
Nivel 1	Totalmente cubierto ✓
Nivel 2	$10 ✓
Nivel 3	$40 ✓
Nivel 4	30 % ✓
Nivel 5	50 % ✓ con $200 por ScriptCap
Nivel 6	50 % ✓
Suministro para 90 días (De una farmacia minorista preferida participante)	
Nivel 1	Totalmente cubierto ✓
Nivel 2	$30 ✓
Nivel 3	$120 ✓
Nivel 4	30 % ✓
Suministro para 90 días (De una farmacia de pedidos por correo)	
Nivel 1	Totalmente cubierto ✓
Nivel 2	$20 ✓
Nivel 3	$80 ✓
Nivel 4	25 % ✓

Farmacias

Su beneficio para medicamentos recetados requiere que surta sus recetas en una farmacia participante. Hay cuatro tipos de farmacias participantes:

- Minorista: una farmacia participante que admite un suministro para hasta 30 días, según lo detallado en su manual de recetas a corto plazo y de mantenimiento.
- Minorista preferida: una farmacia participante que admite un suministro para hasta 90 días de recetas de mantenimiento y acceso a un suministro para hasta 30 días de medicamentos a corto plazo.
- De especialidad: una farmacia participante que admite un suministro para hasta 30 días de recetas de especialidad y quimioterapia autoadministrada. Estas recetas requieren de surtido, manipulación, administración y control especializados de parte del farmacéutico.
- De pedido por correo: una farmacia participante que admite un suministro para hasta 90 días de recetas de mantenimiento y se especializa en la entrega directa en su domicilio. Para pedir surtido de recetas por correo, su proveedor puede solicitarle la receta o puede enviarla por correo junto con su número de identificación de miembro a una de nuestras farmacias de pedido por correo participantes.
- Consulte una lista de farmacias participantes en ProvidenceHealthPlan.com/planpharmacies.

Uso de su beneficio para medicamentos recetados

- Para averiguar si un medicamento está cubierto por su plan, consulte en línea en ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy. Tenga en cuenta que el formulario de su plan incluye medicamentos de prevención de la ACA, que son medicamentos cubiertos sin costo cuando se reciben de parte de farmacias participantes, de conformidad con las exigencias de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible.
- Los anticonceptivos femeninos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food & Drug Administration*, FDA), según se incluyen en su formulario, están cubiertos sin costo en casos de suministros para hasta 12 meses, después de un surtido inicial para 3 meses, en cualquier farmacia participante.
- Puede comprar un suministro para hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento a través de una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista preferida participante. No todos los medicamentos se consideran recetas de mantenimiento, lo que incluye medicamentos compuestos y medicamentos obtenidos de farmacias de especialidad.
- 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, además del copago o coseguro correspondiente al Nivel 4 o al Nivel 6 que se indique en el resumen de beneficios. No obstante, su costo total nunca superará el costo real del medicamento.
- Los medicamentos que no sean de especialidad y que no estén en el formulario pero que sean aprobados estarán cubiertos en el Nivel 4 de costo compartido. Los medicamentos de especialidad que no estén en el formulario pero que sean aprobados estarán cubiertos en el Nivel 6 de costo compartido.
- Los medicamentos compuestos son recetas que su farmacéutico prepara especialmente para usted. Deben contener al menos un medicamento aprobado por la FDA a fin de calificar para estar cubiertos bajo su plan. Los medicamentos compuestos están cubiertos para suministros de hasta 30 días en un 50 % después del deducible. Los reclamos están sujetos a revisión clínica por necesidad médica y su pago no está garantizado.

- Los medicamentos de especialidad, que se pueden encontrar en los Niveles 5 y 6, son recetas que requieren surtido, manipulación, administración y control especializados de parte del farmacéutico.
- La mayoría de los medicamentos de especialidad y de quimioterapia solo están disponibles en nuestras farmacias de especialidad designadas.
- Determinados medicamentos, dispositivos y suministros obtenidos de su farmacia podrían aplicar para su beneficio médico.
- Los suministros para diabetes se pueden obtener en su farmacia participante y están sujetos a los beneficios, las limitaciones y el coseguro de los suministros y dispositivos médicos de su grupo. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
- Costo compartido de insulina limitado a $75 para un suministro para 30 días. El deducible no se aplica.
- Algunos medicamentos recetados 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. Si un medicamento para tratar su afección médica cubierta no estuviera en el formulario, comuníquese con nosotros.
- La quimioterapia autoadministrada está cubierta bajo el beneficio de medicamentos recetados salvo que la cobertura de quimioterapia ambulatoria resulte en un gasto menor de su propio bolsillo en su caso. Para obtener más información, consulte su Manual.
- Los medicamentos autoinyectables solo están cubiertos cuando se autoadministran y están etiquetados por la FDA para ser autoadministrados; en ciertos casos, es posible que el medicamento requiera una autorización previa. También puede que sea necesaria la documentación sobre la autoadministración. Los medicamentos etiquetados para autoadministración que sean administrados por un proveedor caerán dentro del beneficio médico del Miembro.
- Asegúrese de presentar su tarjeta de identificación vigente de Miembro de Providence Health Plan.

Servicios oftalmológicos de rutina
Proporcionados por VSP

Red Choice de VSP (por Servicio de atención al cliente llame al 800-877-7195) ✓ **El deducible no se aplica**	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios oftalmológicos pediátricos (menores de 19 años)		
Examen oftalmológico de rutina (limitado a 1 examen por año calendario)	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $45 ✓
Lentes (limitados a 1 par por año calendario)		
Monofocales	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $30 ✓
Bifocales con línea	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $50 ✓
Trifocales con línea	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $70 ✓
Lentes lenticulares	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $100 ✓
Armazones (limitados a 1 par por año calendario; se eligen dentro de la colección de anteojos Otis & Piper™ de VSP)	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $70 ✓
Servicios y materiales para lentes de contacto en vez de anteojos Estándar: 1 par por año calendario (1 lente de contacto por ojo) Mensual: Suministro para 6 meses por año calendario (6 lentes por ojo) Quincenal: Suministro para 3 meses por año calendario (6 lentes por ojo) Diario: Suministro para 3 meses por año calendario (90 lentes por ojo)	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $105 ✓
Servicios oftalmológicos para adultos (Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo)		
Examen oftalmológico de rutina (limitado a 1 examen por año calendario)	$30 ✓	Cubierto hasta $45 ✓
Lentes (limitados a 1 par por año calendario)		
Monofocales	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $30 ✓
Bifocales con línea	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $50 ✓
Trifocales con línea	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $70 ✓
Lentes lenticulares	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $100 ✓
Lentes progresivos	$50 ✓	Cubierto hasta $50 ✓
Armazones (limitado a 1 par por año calendario)	Cubierto hasta $130 ✓	Cubierto hasta $70 ✓
Servicios y materiales para lentes de contacto en vez de anteojos (limitado a cada año calendario)	Cubierto hasta $130 ✓	Cubierto hasta $105 ✓

Servicio odontológico pediátrico (menores de 19 años)

Por Servicio de atención al cliente, incluyendo autorizaciones previas y reclamos para los servicios odontológicos, llame al 800-878-4445. ✓ **El deducible no se aplica**	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos Dentro de la red	Fuera de la red Si decide salir de la red odontológica, quizás quede sujeto a la facturación por costos que superan el costo máximo permitido (MAC, por su sigla en inglés).
Preventivos		
Exámenes de rutina Dos cada 12 meses	Totalmente cubierto ✓	30 % ✓
Radiografías de mordida Cuatro cada 6 meses	Totalmente cubierto ✓	30 % ✓
Limpiezas Una cada 6 meses	Totalmente cubierto ✓	30 % ✓
Fluoruro tópico Uno cada 6 meses	Totalmente cubierto ✓	30 % ✓
Selladores de fisuras Un servicio por diente (molar) cada 60 meses	Totalmente cubierto ✓	30 % ✓
Mantenedores de espacio	Totalmente cubierto ✓	30 % ✓
Básicos		
Empastes restauradores	50 %	70 %
Mayores		
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 Un servicio por diente en un período de 7 años	50 %	70 %
Coronas de porcelana Un servicio por diente en un período de 7 años para adolescentes a partir de los 16 años de edad (limitado solo a los dientes número 6-11, 22 y 27)	50 %	70 %
Prótesis dentales y puentes (elaboración o reparación de puentes fijos, prótesis parciales y prótesis dentales completas) Limitado a 1 cada 10 años para prótesis dentales completas y 1 cada 10 años para prótesis parciales para miembros a partir de los 16 años de edad	50 %	70 %

Explicación de términos y frases

Medicamentos de prevención de la ACA - Los medicamentos de prevención de la ACA son medicamentos, incluidos los anticonceptivos, que están indicados en nuestro formulario y cubiertos sin costo si se obtienen en farmacias participantes de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA). Los medicamentos de prevención de venta libre provenientes de farmacias participantes no estarán totalmente cubiertos sin una receta de su profesional calificado.

Medicamento de marca - Los medicamentos de marca están protegidos por las leyes de patentes de los EE. UU. y solo un fabricante tiene los derechos para producirlos y venderlos.

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

Copago - El monto fijo en dólares que 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 familia: Servicios no cubiertos por el plan, tarifas que superen los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés) conforme a lo dispuesto por el plan, las multas en las que se incurra por no seguir los requisitos de autorización previa del 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 eficaces para las afecciones médicas cubiertas. El formulario de Providence Health Plan incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicamentos genéricos - Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen quedar a disposición una vez que vence la patente de la marca.

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, los gastos de su propio bolsillo serán menores cuando reciba servicios cubiertos de parte de proveedores de la red.

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.

Recetas 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. Se excluyen de esta definición los medicamentos compuestos y de especialidad, y se limitan a suministros para 30 días.

Costo máximo permitido (MAC) - Una limitación para los cargos facturados, según lo determinado por Providence Health Plan o sus agentes que autorizan según el área geográfica donde se realizó el gasto y no puede ser menor a la tarifa negociada para el mismo servicio cuando es suministrado por un proveedor odontológico de la red.
Los costos MAC no incluyen impuestos de venta, gastos administrativos ni recargos similares, y dichos impuestos, tarifas y recargos no son gastos cubiertos.

Acreditable para la Parte D de Medicare

Acreditable para la Parte D de Medicare - La cobertura es acreditable cuando el pago del plan para los medicamentos recetados es, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como el pago promedio en virtud del beneficio estándar de la Parte D de Medicare.

No acreditable para la Parte D de Medicare - La cobertura es no acreditable cuando el pago del plan para medicamentos recetados es, en promedio para todos los participantes del plan, inferior a lo que se esperaría que pague el beneficio estándar de la Parte D de Medicare.

Medicamento fuera del formulario - Un medicamento aprobado por la FDA, genérico o de marca, que no está incluido en la lista de medicamentos aprobados del formulario. Estas recetas requieren una autorización previa del plan de salud y, si se aprueban, se pagarán al nivel más alto de costo compartido de no especialidades o de especialidades.

Visitas virtuales al consultorio - 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. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo individual o familiar. Consulte los detalles en su Manual para miembros o en su contrato.

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 para medicamentos recetados - El proceso empleado para solicitar una excepción al formulario de medicamentos de Providence Health Plan. Tanto el profesional que receta como el miembro o la farmacia pueden solicitar una autorización previa. 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. Para obtener información adicional, visítenos en línea en ProvidenceHealthPlan.com.

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 y el Nivel 2 se componen 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.

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

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.

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 consultas en el mismo día para enfermedades y lesiones básicas o servicios preventivos.

Explicación de términos y frases

Medicamentos de especialidad - Los medicamentos de especialidad son tratamientos inyectables, infundidos, orales, tópicos o de inhalación que suelen requerir de un surtido, manipulación, control y administración especializados, y en general tienen un costo alto. Estos medicamentos se pueden comprar a través de nuestra farmacia de especialidad designada. Dada su naturaleza, los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días.
Sus beneficios incluyen medicamentos de especialidad incluidos en los Niveles 5 y 6 de nuestro formulario. Por lo general, los costos de su propio bolsillo serán menores al pagar medicamentos del Nivel 5.

Usuales, habituales y razonables (UCR) - 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

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

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 lengua 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 han omitido brindarle estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan and 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://hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de acceso a idiomas

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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می‌شود، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-800-878-4445 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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)

Notas