Su resumen de beneficios

Balance 4000 Gold

Providence Health Plan

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)	$4,000	$8,000
Máximo de gastos de bolsillo individual (el monto familiar es el doble del individual) Este monto incluye el deducible.	$9,200	$18,400

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.

- Acreditable para la Parte D de Medicare.
- Los deducibles dentro de la red y fuera de la red y el máximo de gastos de bolsillo se acumulan por separado.
- 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.
- Encuentre información importante sobre cómo usar su plan en ProvidenceHealthPlan.com/UsingYourPlan.
- Obtenga más información sobre los servicios de prevención cubiertos de Providence Health Plan (PHP) con calificación "A" o "B" de U.S. Preventive Services Task Force en ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare.

✓ **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 ✓	50 % ✓
Inyecciones y vacunas de rutina	Totalmente cubierto ✓	50 % ✓
Colonoscopía (preventiva, edad 45+)	Totalmente cubierto ✓	50 %
Exámenes ginecológicos (1 por año calendario), exámenes de mama y pruebas de Papanicolaou	Totalmente cubierto ✓	50 %
Mamografías	Totalmente cubierto ✓	50 %
Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto ✓	50 %
Cesación de tabaquismo: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
Educación de autogestión de la diabetes	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Servicios de médicos/profesionales		
Visitas al consultorio de un profesional médico de cabecera o un naturópata	Primeras 3 visitas $5 ✓ luego	50 % ✓
Presenciales	$40 ✓	
Virtuales	$10 ✓	

✓ 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 de médicos/profesionales		
Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (presenciales o virtuales) (Los servicios de quiropráctica y acupuntura están cubiertos independientemente de la visita al consultorio en los niveles indicados para esos beneficios)	$40 ✓	50 % ✓
Visitas al consultorio de especialistas (presenciales o virtuales)	$65 ✓	50 % ✓
Visitas de internación en hospital	40 %	50 %
Inyecciones para alergias, sueros para alergias, infusiones y medicamentos inyectables	40 %	50 %
Cirugía y anestesia en consultorio o centro	40 %	50 %
Servicios de diagnóstico		
Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)	40 % ✓	50 %
Servicios de imagenología con alta tecnología (PET, TC, RM)	40 %	50 %
Estudios del sueño	40 % ✓	50 %
Exámenes de mamas diagnósticos y complementarios	Totalmente cubierto ✓	50 %
Servicios de atención de emergencia y urgencia		
Servicios de emergencia (se aplican deducibles) (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 40 %	$250 luego 40 %
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).	40 %	40 %
Visitas de atención urgente (para enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)	$65 ✓	50 % ✓
Servicios de hospital		
Atención a pacientes internados y en observación	40 %	50 %
Centro de enfermería especializada (limitado a 60 días por año calendario)	40 %	50 %
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 y trastorno por consumo de sustancias).	40 %	50 %
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 y trastorno por consumo de sustancias).	40 %	50 %
Servicios ambulatorios		
Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria	30 %	50 %
Cirugía ambulatoria en un centro basado en un hospital	40 %	50 %
Colonoscopía (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria	30 %	50 %
Colonoscopía (no preventiva) en un centro basado en un hospital	40 %	50 %
Diálisis, infusión, quimioterapia y radioterapia ambulatorias	40 %	50 %
Rehabilitación cardíaca (posquirúrgica)	Primeras 16 visitas Totalmente cubierto ✓ luego 40 % después del deducible	50 %

✓ **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 ambulatorios		
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 y trastorno por consumo de sustancias).		
Fisioterapia	40 % ✓	50 %
Terapia ocupacional y del habla	40 % ✓	50 %
Servicios de habilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional o foniatría/fonoaudiología (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 y trastorno por consumo de sustancias).	40 % ✓	50 %
Terapia de visión (convergencia insuficiente) (Limitada a 12 visitas en la vida)	40 %	50 %
Servicios de maternidad		
Visitas prenatales	Totalmente cubierto ✓	50 %
Parto y visitas posparto a médicos u otros profesionales	40 %	50 %
Servicios de internación en hospital/centro	40 %	50 %
Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales	40 %	50 %
Equipos, suministros y dispositivos médicos		
Equipo médico, artefactos, prótesis/órtesis y suministros	40 %	50 %
Suministros para diabetes (como lancetas, tiras de prueba, agujas y monitores de glucosa)	40 % ✓	50 %
Audífonos (limitados a uno por oído cada 3 años calendario)	40 % ✓	50 %
Órtesis personalizadas removibles para zapatos	40 % ✓	50 % ✓
Aparato bucal para la apnea del sueño (Fuera de la red, limitado a $2,000 por año calendario)	40 %	50 %
Salud mental y trastorno por consumo de sustancias (Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa).		
Servicios de internación y domiciliarios	40 %	50 %
Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	40 %	50 %
Visitas ambulatorias al proveedor	Primeras 3 visitas $5 ✓ luego	50 % ✓
Presenciales	$40 ✓	
Virtuales	$10 ✓	
Análisis conductual aplicado	40 %	50 %
Salud en el hogar y cuidados paliativos		
Atención médica en el hogar	40 %	50 %
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).	40 %	50 %

✓ **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
Biorretroalimentación		
Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (limitada a 10 visitas en la vida, los límites no se aplican a los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias)	40 %	50 %
Quiropráctica y acupuntura (terapia de masajes no cubierta)		
Manipulación quiropráctica (limitada a 20 visitas por año calendario)	$40 ✓	50 % ✓
Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)	$40 ✓	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	$20 ✓
Nivel 3	$65 ✓
Nivel 4	50 % ✓ con $200 de límite para medicamentos recetados
Nivel 5	50 % con $300 de límite para medicamentos recetados
Nivel 6	50 %
Suministro para 90 días (De una farmacia minorista preferida participante)	
Nivel 1	Totalmente cubierto ✓
Nivel 2	$60 ✓
Nivel 3	$195 ✓
Nivel 4	50 % ✓ con $200 de límite para medicamentos recetados
Suministro para 90 días (De una farmacia de pedidos por correo)	
Nivel 1	Totalmente cubierto ✓
Nivel 2	$40 ✓
Nivel 3	$130 ✓
Nivel 4	45 % ✓ con $200 de límite para medicamentos recetados

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 recetados 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

Medicamentos recetados

Formulario P

- 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, usted será responsable de la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- No todos los medicamentos están incluidos en el formulario. Se necesita una excepción del formulario (una especie de autorización previa) para la cobertura de medicamentos no incluidos en el formulario.
- No se necesita autorización previa para los medicamentos utilizados para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo la adicción a opiáceos y la abstinencia. Además, si extravió sus medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias, tiene derecho a hasta tres surtidos anticipados de su medicamento. Si necesita surtir su medicamento para el trastorno por consumo de sustancias y su receta venció dentro de los 12 meses anteriores, tiene derecho a reponer su medicamento sin una receta vigente.
- Las excepciones del formulario aprobadas para medicamentos que no sean de especialidad estarán cubiertas en el Nivel 4 de costo compartido. Las excepciones del formulario aprobadas para medicamentos de especialidad estarán cubiertas 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 con un coseguro de 50 % después del deducible. Los reclamos están sujetos a revisión clínica por necesidad médica y su pago no está garantizado.
- Los medicamentos de especialidad son recetas que requieren surtido, manipulación, administración y control especializados. Además es probable que su surtido esté limitado a un suministro para 30 días. Estos medicamentos pueden encontrarse en cualquier nivel y estarán señalados como "de especialidad" en su formulario. La mayoría de los medicamentos de especialidad y de quimioterapia solo están disponibles en nuestras farmacias de especialidad designadas.
- Los suministros para la diabetes se pueden obtener en su farmacia participante y están cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte el formulario y el Manual para miembros.
- Determinados medicamentos, dispositivos y suministros obtenidos de su farmacia podrían aplicar para su beneficio médico.
- Costo compartido de insulina limitado a $35 para un suministro para 30 días, a $105 para un suministro para 90 días. El deducible no se aplica.
- Algunos medicamentos requieren una autorización previa de cobertura que determine si el medicamento es necesario desde el punto de vista médico y adecuado para el uso previsto (como evaluar el lugar y la duración del tratamiento, probar tratamientos más económicos o cantidad de dosis).
- 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.
- Providence Health Plan considera que algunos medicamentos inyectables son medicamentos autoadministrados y, si su proveedor se los administra, esa administración no estará cubierta salvo que se haya aprobado una autorización previa. Los medicamentos pueden considerarse autoadministrados si la FDA los etiqueta como aptos para que los pacientes (o sus cuidadores) se los administren. En general, los medicamentos inyectables que la FDA etiquete como de administración exclusiva por un proveedor de atención médica estarán cubiertos por sus beneficios médicos.
- Si toma un medicamento elegible, el programa de copago variable para farmacias (conocido como HelpScript) puede ayudar a reducir los gastos de bolsillo. Consulte la lista de medicamentos elegibles para este programa en ProvidenceHealthPlan.com/HelpScript. Para obtener más información, consulte el manual.

Medicamentos recetados

Formulario P

- Su plan cubre medicamentos de profilaxis posexposición (PEP) sin costo después del reembolso.
- Asegúrese de presentar su tarjeta de identificación vigente de Miembro de Providence Health Plan.

Servicios oftalmológicos de rutina

Proporcionado 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	Totalmente cubierto ✓	Cubierto hasta $105 ✓
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)		
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 cada 2 años 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 cada 2 años calendario)	Cubierto hasta $120 ✓	Cubierto hasta $70 ✓
Servicios y materiales para lentes de contacto en vez de anteojos (limitados a cada 2 años calendario)	Cubierto hasta $120 ✓	Cubierto hasta $105 ✓

Por Servicio de atención al cliente, incluyendo autorizaciones previas y reclamos para los servicios odontológicos, llame al 833-212-5035. **✓ 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
Preventivos		
Exámenes de rutina (2 por año calendario)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Radiografías de mordida (1 juego cada 12 meses)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Limpiezas (2 por año calendario)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Fluoruro tópico (2 por año calendario)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Selladores (1 por diente cada 5 años; se limita a superficies oclusales sin restaurar de molares permanentes)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Mantenedores de espacio (1 por cuadrante)	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓
Básicos		
Empastes restauradores	50 %	50 %
Endodoncia y periodoncia	50 %	50 %
Mayores		
Cirugía bucal (extracciones y otros procedimientos quirúrgicos menores)	50 %	50 %
Coronas de acero inoxidable (1 por diente durante toda la vida de los dientes de leche; 1 por diente cada 24 meses para dientes permanentes)	50 %	50 %
Coronas de porcelana y de oro (1 por diente en un período de 7 años)	50 %	50 %
Prótesis dentales y puentes (elaboración o reparación de puentes fijos, prótesis dentales parciales y completas. Limitados a una vez cada 7 años. Las prótesis dentales no están cubiertas para miembros menores de 16 años de edad, excepto las prótesis parciales si se colocan antes de los 2 meses de la extracción de un diente anterior o por dientes anteriores faltantes.	50 %	50 %
Protectores bucales para deportes (1 cada 12 meses para menores de 16 años y 1 cada 24 meses a partir de los 16 años)	50 %	50 %
Protector oclusal (protector de uso nocturno) cubierto hasta $200 cada 5 años	50 %	50 %
La ortodoncia está cubierta para tratar el paladar hendido con o sin labio leporino	50 %	50 %

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.

Medicamentos 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, genéricos y de especialidad.

Medicamentos genéricos - Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que la fórmula del medicamento de marca. La fórmula de los medicamentos genéricos es equivalente a la de los de marca en cuanto a seguridad y eficacia. Los medicamentos genéricos suelen quedar a disposición una vez que vence la patente de la fórmula del medicamento de 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.

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 excepción del formulario (una especie de autorización previa) del plan de salud y, si se aprueban, estarán cubiertas al nivel más alto de costo compartido de no especialidad o de especialidad.

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.

Explicación de términos y frases

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

Autorización previa de 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. Algunos pueden estar en niveles más bajos. Su designación en el formulario es "de especialidad".

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 (como dolor de garganta, tos, fiebre, etc.) usando la plataforma basada en internet de Providence, a través de una tableta, un teléfono inteligente o una 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.

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 especializada designada. Dada su naturaleza, los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro para 30 días.

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

La discriminación es contra la ley. El Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*, PHP) no discrimina ni trata a las personas de modo injusto por motivos de:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Origen nacional
- Identidad de género
- Dominio del idioma
- Raza
- Orientación sexual
- Religión
- Sexo
- Embarazo

Usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir ayuda gratuita de un intérprete de idiomas calificado.
- Recibir información escrita en el idioma que usted habla.
- Recibir información de un modo comprensible, que incluye:
  - ayuda gratuita de un intérprete de lengua de señas calificado,
  - información escrita en letra grande, en audio, braille u otros formatos, u
  - otras modificaciones razonables.

Comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles de PHP si usted:

- Necesita modificaciones razonables, dispositivos y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idiomas,
- Considera que PHP no ha proporcionado los servicios y lo ha discriminado, o
- Desea presentar una queja formal.

Comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles de uno de los siguientes modos:

1) **Puede llamarnos al:**
   Teléfono gratuito: 1-800-878-4445 **Oregon: 1-503-574-7500**
   Los miembros con discapacidades auditivas pueden llamar a nuestra línea de TTY a través del 711.
2) **Puede comunicarse con nosotros por correo postal o electrónico.**
   Providence Health Plan
   Attn: Civil Rights Coordinator
   PO Box 4158, Portland, OR 97208-4158
   Correo electrónico: PHPAppealsandGrievances@providence.org
3) **También tiene derecho a presentar una queja ante la:**
   Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*)
   Portal web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsfWA
   Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
   Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY: 711)
   Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

   División de Regulación Financiera de Oregon (*Oregon Division of Financial Regulation*)
   Sitio web: https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx
   Correo electrónico: DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov
   Teléfono: 1-888-877-4894

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).

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

Russian: ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

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

Traditional Chinese: 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務，請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711)。

Kushite: XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. با 1-800-878-4445 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Ukrainian: УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

Japanese: お知らせ：日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-878-4445（TTY: 711）まで、お電話ください。

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

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंले निम्न भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् । 1-800-878-4445 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् ।

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunați 1-800-878-4445 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Cambodian: កំណត់សម្គាល់៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ
អាចមានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

Laotian: ຊືບຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີການບໍ ລິ ການຊ ່ ວຍເຫ ຼ ືອ ດ ້ ານພາສາ
ໂດຍບ ່ ໍ ເສຽຄ ່ ່ າໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Notas