

# Su resumen de beneficios

Para miembros del plan PEBB estatal (PT +100)

Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red	Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red por año calendario (después del deducible)	Máximo de gastos de bolsillo fuera de la red por año calendario (después del deducible)	Deducible dentro de la red por año calendario	Deducible fuera de la red por año calendario	Máximo de costos compartidos dentro de la red por año calendario
Totalmente cubierto/ 20 % (después del deducible)	50 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	\$3,200 por persona \$9,600 por familia (3 o más)	\$7,500 por persona \$22,500 por familia (3 o más)	\$600 por persona \$1,800 por familia (3 o más)	\$1,100 por persona \$3,300 por familia (3 o más)	\$6,850 por persona \$13,700 por familia (2 o más)

## Información importante acerca de su plan

- Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver todos los detalles de su plan, incluido el Manual para miembros, regístrese para [myProvidence](http://myProvidence) en [www.ProvidenceHealthPlan.com/pebb](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/pebb).
- ¿No está seguro de lo que significa una palabra o frase? Consulte la última página de este resumen para ver las definiciones.
- Sus deducibles, algunos servicios y las multas no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.
- Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés).
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros.

## Generalidades destacadas de los beneficios

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

✓ No se necesita alcanzar ningún deducible antes de recibir este beneficio.	Después de pagar su deducible del año calendario, usted paga lo siguiente por los servicios cubiertos:	
	Copago o coseguro dentro del plan (cuando usa a un proveedor participante)	Copago o coseguro fuera del plan (cuando usa a un proveedor no participante)
<b>Servicios de salud preventiva y bienestar</b>		
● Exámenes de salud periódicos, atención de bebé sano (solo de un proveedor de cabecera)	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Pruebas de audición	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Pruebas de detección de cáncer colorrectal: sigmoidoscopia, colonoscopia	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Examen de próstata (año calendario)	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Asesoramiento nutricional	Totalmente cubiertos✓	50 %
<b>Servicios de médicos/proveedores</b>		
● Visitas al consultorio del proveedor de cabecera (sin deducible en las primeras 4 visitas dentro de la red por año calendario)	20 %**	50 %
● Visitas a consultorio de especialista	20 %	50 %
● Visitas a consultorio para afecciones crónicas (es decir, asma, diabetes, afecciones cardíacas)	Totalmente cubiertas✓	50 %
● Visitas al consultorio de naturópatas, quiroprácticos y acupunturistas	20 %○	50 %○
● Visitas electrónicas, telefónicas, por video con un proveedor participante	Totalmente cubiertas✓	No cubiertas
● Inyecciones para alergias, sueros, infusiones y medicamentos inyectables	20 %	50 %
● Cirugía y anestesia (en consultorio)	20 %	50 %
● Servicios de maternidad: prenatales	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Servicios de maternidad: parto y atención posnatal	20 %	50 %
● Visitas de internación en hospital (incluye cirugía y anestesia)	20 %	50 %
<b>Servicios de salud de la mujer</b>		
● Exámenes ginecológicos (año calendario) y pruebas de Papanicolaou	Totalmente cubiertos✓	50 %
● Mamografías	Totalmente cubiertas✓	50 %
<b>Salud mental/dependencia farmacológica</b>		
Todos los servicios de dependencia farmacológica dentro de la red que se indican a continuación están totalmente cubiertos.		
Los servicios, excepto las visitas al consultorio de proveedor ambulatorio, deben autorizarse con anticipación.		
● Servicios de internación y domiciliarios	20 %	\$500 luego 50 %*
● Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	20 %✓	50 %
● Análisis conductual aplicado	20 %✓	50 %
● Visitas ambulatorias al proveedor	20 %✓	50 %

\* Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

○ Los coseguros no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

\*\* 10 % de coseguro en hogares de atención primaria centrada en el paciente certificados por OHA

Generalidades destacadas de los beneficios (continuación)	Copago o coseguro dentro del plan	Copago o coseguro fuera del plan
<b>Servicios de hospital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a pacientes hospitalizados</li> <li>Atención a pacientes en observación</li> <li>Atención de maternidad</li> <li>Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales</li> <li>Atención de rehabilitación (36 días por año calendario; 60 días para lesiones en la cabeza o la columna vertebral)</li> <li>Centro de enfermería especializada (180 días por año calendario)</li> <li>Cirugía bariátrica</li> </ul>	20 % 20 % 20 % 20 % 20 % 20 % 20 %	\$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 40 %* \$500 luego 50 %* No cubierta
<b>Suministros médicos y de diabetes, equipo médico duradero, artefactos, dispositivos protésicos y ortopédicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo médico duradero y suministros</li> <li>Suministros e insulina para diabéticos</li> </ul>	20 % Totalmente cubiertos✓	50 % Totalmente cubiertos✓
<b>Atención de emergencia/urgencia/transporte médico de emergencia</b> <small>(Se aplica al deducible dentro de la red)</small> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de emergencia (solo para afecciones médicas de emergencia. Si lo ingresan al hospital, no se aplica el copago, todos los servicios quedarán sujetos a los beneficios para pacientes hospitalizados).</li> <li>Visitas de atención urgente (para enfermedades sin riesgo de vida/ lesiones menores)</li> <li>Transporte médico de emergencia</li> </ul>	\$150, luego 20 %* 20 % / visita 20 % / viaje	\$150, luego 20 %* 20 % / visita 20 % / viaje
<b>Otros servicios cubiertos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografías, servicios de laboratorio</li> <li>Servicios de imagenología (como PET, TC, RM) <small>(no se aplican copagos a los servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer)</small></li> <li>Servicios de rehabilitación ambulatorios (60 visitas por año calendario)</li> <li>Cirugía ambulatoria</li> <li>Dialísis, infusión, quimioterapia, radioterapia ambulatorias</li> <li>Rehabilitación cardíaca</li> <li>Servicios de la articulación temporomandibular (TMJ)</li> <li>Atención médica domiciliaria (180 visitas por año calendario)</li> <li>Cuidados paliativos</li> <li>Examen de audición</li> <li>Audífonos (uno por oído cada tres años calendario; se aplica deducible dentro del plan)</li> <li>Estudios del sueño</li> <li>Manipulación quiropráctica y acupuntura (hasta 60 visitas por año calendario)</li> <li>Terapia de masajes (limitada a \$1,000 por año calendario)</li> <li>Quimioterapia autoadministrada <small>(Suministro de hasta 30 días de una farmacia participante designada)</small> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medicamentos genéricos</li> <li>-Medicamentos de marca dentro del formulario</li> <li>-Medicamentos de marca fuera del formulario</li> </ul> </li> </ul>	20 % \$100, luego 20 %* 20 % 20 % 20 % 20 % Consulte el manual 20 % Totalmente cubiertos 20 % <sup>o</sup> 10 % \$100, luego 20 %* 20 % <sup>o</sup> 20 % <sup>o</sup> \$10 <sup>✓</sup> \$50 <sup>✓</sup> \$100 <sup>✓</sup>	50 % \$100 luego 50 %* 50 % \$100 luego 40 %* 50 % 50 % No cubiertos 50 % Totalmente cubiertos 50 % <sup>o</sup> 10 % \$100 luego 50 %* 50 % <sup>o</sup> 50 % <sup>o</sup> No cubiertos No cubiertos No cubiertos
<b>Nivel de costo adicional (hospitalizado o ambulatorio)</b> <small>(El nivel de costo adicional no se aplica a los servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Estos copagos/coseguros se aplican solo a los servicios de proveedores. Otros servicios están cubiertos al nivel de beneficio aplicable indicado en este resumen).</small> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía de dedo en martillo</li> <li>Bunionectomía</li> <li>Neuroma de Morton</li> <li>Inyecciones raquídeas para el dolor</li> <li>Endoscopia GI superior</li> <li>Artroscopia de rodilla</li> <li>Reemplazo de rodilla, cadera</li> <li>Resuperficialización de rodilla, cadera</li> <li>Artroscopia de hombro</li> <li>Procedimientos en la columna</li> <li>Cirugía de los senos paranasales</li> <li>Cirugía bariátrica</li> </ul>	\$100, luego 20 %* \$100, luego 20 %* \$100, luego 20 %* \$100, luego 20 %* \$100, luego 20 %* \$100, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %* \$500, luego 20 %*	\$100 luego 50 %* \$100 luego 50 %* \$100 luego 50 %* \$100 luego 50 %* \$100 luego 50 %* \$100 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* \$500 luego 50 %* No cubierto
<b>Servicios de fertilidad</b> No se requiere diagnóstico de infertilidad <ul style="list-style-type: none"> <li>Tecnología reproductiva asistida (Todos los servicios excepto los fármacos recetados. Limitados a \$25,000 por año calendario)</li> <li>Inseminación artificial (Limitada a 6 ciclos en la vida)</li> </ul>	Totalmente cubiertos✓ Totalmente cubiertos✓	Totalmente cubiertos✓ Totalmente cubiertos✓

\* Los copagos no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

<sup>o</sup> Los coseguros no se aplican a sus máximos de gastos de bolsillo.

\*\* 10 % de coseguro en hogares de atención primaria centrada en el paciente certificados por OHA

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

### Coseguro

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

### Copago

El monto fijo en dólares que usted paga a un proveedor de atención médica por un servicio cubierto en el momento en que se proporciona la atención.

Lo que necesita saber sobre las categorías de cobertura de medicamentos

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 del plan. Su plan tiene deducibles dentro y fuera de la red.

Estos deducibles se acumulan por separado y no se combinan. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o una familia:

- Servicios no cubiertos por su plan
- Multas en las que se incurre si no cumple con los requisitos de autorización previa de su plan
- Tarifas que superen los cargos usuales, habituales y razonables (UCR) según lo establece su plan
- Copagos o coseguros para cualquier beneficio suplementario proporcionado por su empleador, como medicamentos recetados o atención oftalmológica de rutina

### Traspaso de deducible

Una característica del plan que le permite que cualquier porción de su deducible que se haya pagado durante el cuarto trimestre de un año calendario se aplique al deducible del siguiente año.

### Dentro de la red

Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de médicos altamente calificados, proveedores de atención médica y centros con contrato con Providence Health Plan para su plan específico. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de parte de proveedores de la red. Puede aplicarse la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory).

### Proveedor dentro de la red

Un médico o proveedor de servicios de atención médica que pertenece al panel de proveedores dentro de la red de Providence Health Plan. Para encontrar un proveedor dentro de la red, consulte el directorio disponible en

[www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory).

### Máximo de costos compartidos

El máximo de costos compartidos significa el límite anual de costos compartidos para Beneficios de salud esenciales según lo establece la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (ACA). Los deducibles, copagos y coseguros pagados por el miembro por servicios cubiertos según los Beneficios de salud esenciales y recibidos dentro de la red se aplican al máximo de costos compartidos.

### 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 [www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory).

### Proveedor fuera de la red

Cualquier profesional de atención médica que no participa en el panel de médicos y proveedores de servicios de atención médica dentro de la red de Providence Health Plan.

### Máximo de gastos de bolsillo

El límite del monto en dólares que tendrá que gastar para los servicios de salud cubiertos especificados en un año calendario. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Consulte los detalles en su Manual para miembros.

### Hogar de atención primaria centrada en el paciente

Un hogar de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH, por su sigla en inglés) es una clínica de salud reconocida por la Autoridad de Salud de Oregon por su compromiso a la atención centrada en el paciente.

### Autorización previa

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

### Quimioterapia autoadministrada

Medicamentos orales, tópicos o autoinyectables que se usan para detener o disminuir el crecimiento de las células cancerosas.

Usuales, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

Describe los cargos que su plan permite pagar por servicios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Cuando el costo de los servicios fuera de la red supera los montos UCR, usted es responsable de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estos montos no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.

### Comuníquese con nosotros

Con oficinas centrales en Portland, nuestros profesionales de servicio al

PEBB Statewide 0124

Oregon ASO



cliente atienden con orgullo a sus miembros desde 1986.



Área metropolitana de Portland:  
503-574-7500

PEBB-036G

PEBB Statewide ADV PREM 20/50/3200/600sd/20/150/3X/SIG/CHA 20/12

---

## 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 motivo 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 cree que Providence Health Plan o Providence Health Assurance no han proporcionado estos servicios o han discriminado de otra forma en virtud de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance  
Attn: Non-discrimination Coordinator (Coordinador contra la discriminación)  
PO Box 4158  
Portland, OR 97208-4158

Si necesita ayuda para presentar una queja y es miembro de Medicare, llame al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (línea de TTY: 711) para pedir ayuda. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Información 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 службової 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。

1-800-878-4445

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (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).

របៀប: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ឯងយមិនគិតលុយ 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).

ديريبيگ. ش مايب راگ انيرابص ورتيزب ان التيس هديک نيم گنگ و يف ارس زب ان ب هاگ ر توج ه ف يم باش د ب ا (TTY: 711) 1-800-878-4445 تم اس

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-878-4445 (ATS : 711).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-878-4445 (TTY: 711)