



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, ProvidenceHealthPlan.com. For definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-800-878-4445 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	In-Network : \$4,500 person / \$9,000 family (2 or more).	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Most preventive care in-network .	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	In-Network : \$8,550 person / \$17,100 family (2 or more).	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance billing , penalties, massage therapy, services not covered, fees above UCR .	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider or call 1-800-878-4445 for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$40 copay /per visit; deductible does not apply	Not covered	Some services such as lab and x-ray will include additional member costs. Phone and video visits are covered in full in-network .
	Specialist visit	\$60 copay /per visit; deductible does not apply	Not covered	Some services such as lab and x-ray will include additional member costs.
	Preventive care/screening/immunization	No charge; deductible does not apply	Not covered	Not all preventive services are required to be covered in full by the ACA. For more information on preventive services that are covered in full see: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf . You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	35% coinsurance ; deductible does not apply	Not covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	35% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at Providence HealthPlan.com	Tier 1 drugs	No charge retail; deductible does not apply	Not covered	ACA Preventive drugs are covered in full in-network . Covers up to a 30-day supply (retail); 90-day mail-order supply covered at 2 times the retail copay or 5% less than the retail coinsurance . Prior authorization may apply. If a brand-name drug is requested when a generic is available, you will pay the difference in cost, plus your Tier 4 or Tier 6 cost-share. Specialty drugs (listed in Tier 5 and Tier 6 on your formulary) can only be purchased at a participating specialty pharmacy (limited to 30 days).
	Tier 2 drugs	\$20 copay /per 30 day supply retail; deductible does not apply	Not covered	
	Tier 3 drugs	\$65 copay /per 30 day supply retail; deductible does not apply	Not covered	
	Tier 4 drugs	50% coinsurance retail	Not covered	
	Tier 5 drugs	50% coinsurance up to \$200 retail	Not covered	
	Tier 6 drugs	50% coinsurance retail	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	Ambulatory surgery center: 25% coinsurance Hospital-based facility: 35% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	35% coinsurance	Not covered	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$250 copay /per visit then 35% coinsurance	\$250 copay /per visit then 35% coinsurance	For emergency medical conditions only. If admitted to hospital, all services subject to inpatient benefits.
	Emergency medical transportation	35% coinsurance	35% coinsurance	None
	Urgent care	\$60 copay /per visit; deductible does not apply in-network	\$60 copay /per visit	Some services will include additional member costs.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	35% coinsurance	Not covered	Prior authorization required.
	Physician/surgeon fees	35% coinsurance	Not covered	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office visit: \$40 copay /per visit; deductible does not apply All other services: 35% coinsurance	Not covered	All services except provider office visits must be prior authorized . See your benefit summary for ABA services.
	Inpatient services	35% coinsurance	Not covered	
If you are pregnant	Office visits	No charge; deductible does not apply	Not covered	None
	Childbirth/delivery professional services	35% coinsurance	Not covered	Coinsurance applies to provider delivery charges.
	Childbirth/delivery facility services	35% coinsurance	Not covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	35% coinsurance	Not covered	Prior authorization required. Limited to 130 days for in-network providers per calendar year.
	Rehabilitation services	35% coinsurance	Not covered	Inpatient services: Limited to 30 days for in-network providers per calendar year. Prior authorization required. Outpatient services: Limited to 30 visits for in-network providers per calendar year. Limits do not apply to Mental Health Services.
	Habilitation services	35% coinsurance	Not covered	Inpatient services: Limited to 30 days for in-network providers per calendar year. Prior authorization required. Outpatient services: Limited to 30 visits for in-network providers per calendar year. Limits do not apply to Mental Health Services.
	Skilled nursing care	35% coinsurance	Not covered	Prior authorization required. Limited to 60 days for in-network providers per calendar year.
	Durable medical equipment	Diabetic Supplies: 35% coinsurance ; deductible does not apply All other equipment: 35% coinsurance	Not covered	Diabetic Supplies: deductible does not apply
	Hospice services	Hospice: No charge; deductible does not apply Respite care: 35% coinsurance	Not covered	Prior authorization required. Respite care: Limited to 14 days per lifetime for in-network providers .
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge; deductible does not apply	Not covered	Limited to 1 exam per calendar year.
	Children's glasses	No charge; deductible does not apply	Not covered	Limited to 1 pair per calendar year.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery (with certain exceptions)
- Dental care (Adult)
- Dental care (Child)
- Hearing aids (except Cochlear Implants)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)
- Routine foot care (covered for diabetics)
- Voluntary termination of pregnancy
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture (limits apply)
- Chiropractic care (limits apply)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S. See ProvidenceHealthPlan.com

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Washington Office of Insurance Commissioner at 360-725-7000 or 800-562-6900 or go to <http://www.insurance.wa.gov/>, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or <http://www.cciio.cms.gov>. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Providence Health Plan at 1-800-878-4445, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, or you can contact the Washington Office of Insurance Commissioner by:

- Calling 360-725-7000 or 800-562-6900
- Writing to the Washington Office of Insurance Commissioner at P.O. Box 40256 Olympia, WA 98504-0256
- Through the website at www.insurance.wa.gov/

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-878-4445 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately one minute per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebssa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 12100123.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#), and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$4,500
■ Specialist copayment	\$60
■ Hospital (facility) coinsurance	35%
■ Other coinsurance	35%

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*pre-natal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost-Sharing	
Deductibles	\$4,500
Copayments	\$10
Coinsurance	\$2,800
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$7,370

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$4,500
■ Specialist copayment	\$60
■ Hospital (facility) coinsurance	35%
■ Other coinsurance	35%

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost-Sharing	
Deductibles *	\$800
Copayments	\$1,400
Coinsurance	\$40
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$2,260

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$4,500
■ Specialist copayment	\$60
■ Hospital (facility) coinsurance	35%
■ Other coinsurance	35%

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost-Sharing	
Deductibles *	\$2,200
Copayments	\$200
Coinsurance	\$80
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$2,480

*Note: This plan has other deductibles for specific services included in this coverage example. See "Are there other deductibles for specific services?" row above.

Non-Discrimination Statement:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Providence Health Plan and Providence Health Assurance do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Providence Health Plan and Providence Health Assurance:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you are a Medicare member who needs these services, call 503-574-8000 or 1-800-603-2340. All other members can call 503-574-7500 or 1-800-878-4445. Hearing impaired members may call our TTY line at 711.

If you believe that Providence Health Plan or Providence Health Assurance has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Non-discrimination Coordinator by mail:

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

If you need help filing a grievance, and you are a Medicare member call 503-574-8000 or 1-800-603-2340. All other members can call 503-574-7500 or 1-800-878-4445. (TTY line at 711) for assistance. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, siglas en inglés) es un documento que ayuda a elegir un **plan** médico. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: la información sobre el costo de este plan (llamado prima) se ofrecerá aparte. Esto es sólo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite: www.ProvidenceHealthPlan.com. Para la definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, véase el glosario. Puede ver dicho glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-800-878-4445 para solicitar una copia del mismo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	En la red : \$4,500 por persona / \$9,000 por familia (2 ó más).	Por lo general, para que este plan comience a pagar debe Ud. primero cumplir los costos de proveedores sanitarios hasta cumplir con el deducible . Si tiene a otros familiares en este plan , cada uno de ellos tendrá que cumplir con su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagado por toda la familia cumpla con el deducible familiar global.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Se dispensa para la mayoría de cuidados preventivos dentro de la red .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún sin cumplir el total del deducible pero tal vez se aplique un copago o coseguro ; por ejem., cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos e incluso antes de cumplir el deducible . Lista de servicios preventivos cubiertos: www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ?	En la red : \$8,550 por persona / \$17,100 por familia (2 ó más).	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan , deberán ellos cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta lograr el límite general de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación del saldo , multas, terapia de masaje, servicios no cubiertos o cuotas arriba del UCR .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Véase www.ProvidenceHealthPlan.com/Provider o llame al 1-800-878-4445 para la lista de proveedores de la red .	Este plan cuenta con un proveedor dentro de la red . Ud. paga menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Ud. paga más si acude a un proveedor fuera de la red , y quizá reciba factura del proveedor por la diferencia en el costo de éste y lo que su plan paga (facturación del saldo). Recuerde que el proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Averigüe antes de recibir el servicio.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan paga algo del, o todo el costo de ciertos servicios cubiertos con el especialista pero únicamente teniendo un referido antes de la consulta.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

		Lo que usted paga		
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud. NOTA: visita = consulta	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40 copago /visita; no se aplica el deducible	No se cubre	Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las consultas por teléfono o por video dentro de la red se cubren por completo.
	Visita al especialista	\$60 copago /visita; no se aplica el deducible	No se cubre	Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales.
	Atención preventiva/examen de detección /vacuna	No se cobra; no se aplica el deducible .	No se cubre	No se exige que cada servicio preventivo sea cubierto de lleno por la ACA. Para más información sobre tales servicios, véase: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf . Quizá tenga que pagar por servicios no preventivos. Pregunte al proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego averigüe con su plan médico lo que éste pagará.
Si se le hace un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	35% coseguro ; no se aplica el deducible.	No se cubre	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	35% coseguro	No se cubre	Se exige previa autorización .

		Lo que usted paga		
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para el tratamiento de su enfermedad. Para más información sobre la cobertura para medicamentos recetados, visite www.ProvidenceHealthPlan.com	Fármaco del nivel 1	No hay cargo al menudeo; no aplica el deducible	No se cubre	Los medicamentos preventivos de ACA se cubren de lleno dentro de la red . Se cubre una provisión de hasta 30 días (menudeo); la provisión de 90 días (menudeo preferido y orden por correo postal) se cubre a 2 veces del copago menudeo ó 5% menos del coseguro menudeo. Puede aplicar la previa autorización . Si se pide una medicina de marca habiendo disponible la genérica, usted paga la diferencia del costo, más el costo-compartido de nivel 4 ó nivel 6. Los medicamentos de especialidad (listados en los niveles 5 y 6 del Formulario) sólo se pueden comprar en farmacias participantes de especialidad (límite de 30 días).
	Fármaco del nivel 2	\$20 copago / por provisión de 30 días, venta menudeo; no aplica el deducible	No se cubre	
	Fármaco del nivel 3	\$65 copago por provisión de 30 días venta menudeo; no aplica el deducible	No se cubre	
	Fármaco del nivel 4	50% coseguro al menudeo.	No se cubre	
	Fármaco del nivel 5	50% coseguro hasta \$200 venta menudeo.	No se cubre	
	Fármaco del nivel 6	50% coseguro al menudeo.	No se cubre	
Si se somete a una operación de paciente ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía para paciente ambulatorio)	Centro quirúrgico ambulatorio: 25% coseguro . Centro tipo hospitalario: 35% coseguro .	No se cubre	Se exige previa autorización .
	Honorarios del médico/cirujano	35% coseguro	No se cubre	
Si necesita atención médica inmediata. NOTA: visita = consulta	Atención en la sala de urgencias (emergency)	\$250 copago / visita, luego 35% coseguro .	\$250 copago / visita, luego 35% coseguro .	Sólo para casos médicos de emergencia . Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno.
	Transporte médico, emergencia	35% coseguro	35% coseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	\$60 copago / visita; no se aplica el deducible en la red .	\$60 copago / visita.	Algunos servicios incluirán costos por miembros adicionales.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	35% coseguro	No se cubre	Se exige previa autorización .
	Honorarios del médico/cirujano	35% coseguro	No se cubre	
Si necesita servicio de salud mental, conducta o toxicomanías.	Servicios ambulatorios	\$40 copago / consulta; no se aplica el deducible . Los demás servicios: 35% coseguro .	No se cubre	Todo servicio, salvo consultas con el proveedor exigen previa autorización . Véase el Resumen de beneficios respecto a servicios ABA.
	Servicios internos	35% coseguro	No se cubre	

		Lo que usted paga		
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra; no aplica el deducible .	No se cubre	Ninguna.
	Servicios de parto profesionales	35% coseguro	No se cubre	El coseguro aplica a los cargos del proveedor del parto.
	Servicios en instalaciones de partos profesionales	35% coseguro	No se cubre	Ninguna.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en hogar	35% coseguro	No se cubre	Se exige previa autorización . Limitado a 130 días año calendario con proveedores de la red .
	Servicios de rehabilitación	35% coseguro	No se cubre	Paciente interno: límite 30 días año calendario. Se exige previa autorización ; ambulatorio: límite de 30 visitas por año calendario con proveedores de la red . Límites no aplican a servicios de salud mental.
	Servicios de habilitación	35% coseguro	No se cubre	Paciente interno: límite 30 días año calendario. Se exige previa autorización ; ambulatorio: límite de 30 visitas por año calendario con proveedores de la red . Límites no aplican a servicios de salud mental.
	Cuidado de enfermería especializada	35% coseguro	No se cubre	Se exige previa autorización . Límite de 60 días por año calendario con proveedores de la red .
	Equipo médico duradero	Suministros de diabetes 35% coseguro . No aplica deducible . Demás equipo: 35% coseguro	No se cubre	Suministros diabéticos: no aplica el deducible .
	Servicios de hospicio (paliativos)	No se cobra; no aplica el deducible ; cuidado de relevo 35% coseguro .	No se cubre	Se exige previa autorización . Cuidado de relevo: límite de 14 días de x vida, proveedores de la red .

		Lo que usted paga		
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su hijo(a) necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin costo; no aplica deducible .	No se cubre	Límite de 1 examen por año calendario.
	Anteojos para sus hijos	Sin costo; no aplica deducible .	No se cubre	Limitado a 1 par por año calendario.
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre.	No se cubre	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente **NO cubre (consulte el documento o póliza de su [plan](#) para más información y lista de otros [servicios excluidos](#)).**

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (salvo ciertas excepciones)
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (hijos)
- Auxiliares auditivos (excepto Cochlear)
- Tratamientos de infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Atención de rutina de los pies (se cubre para diabetes)
- Terminación voluntaria de embarazo
- Programas para pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa, favor de consultar el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (aplican límites)
- Atención quiropráctica (aplican límites)
- Atención médica que no es de emergencia al viajar fuera de los EE.UU. Véase: www.ProvidenceHealthPlan.com

[Sus derechos a continuar con su cobertura:](#) hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de tales agencias es: Oregon Division of Financial Regulation 1-888-877-4894; por correo-e: DFR.InsuranceHelp@oregon.gov o bien, en <https://dfr.oregon.gov/help/Pages/index.aspx>; o al Dpto. de trabajo, administración de la seguridad de beneficios del empleado 1-866-444-3272 ó en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o al Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 1-877-267-2323, x61565 ó en www.cciio.cms.gov. Quizá existan también otras alternativas de cobertura para usted, incluso mediante la compra de seguro individual a través de [Health Insurance Marketplace](#). Para más informes sobre [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

[Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:](#) hay agencias que pueden ayudarle si tiene quejas contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Providence Health Plan al: 1-800-878-4445, a la Administración de seguridad de beneficios del empleado, del departamento de trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al número: 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o bien, puede contactar la División reguladora de finanzas de Oregon):

- Llamando al 360-725-7000 ó: 800-562-6900
- Escribiendo a: Washington Office of Insurance Commissioner / P.O. Box 40256 / Olympia, WA 98504-0256
- Por Internet: www.insurance.wa.gov/

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general incluye [planes de salud, seguro médico](#) disponible a través de [Marketplace](#) u otras pólizas individuales en el mercado, así como Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otras más. Si cumple con los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#) quizá no logre el [crédito de impuesto de prima](#) ([premium tax credit](#)).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podría calificar para el [premium tax credit](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través de [Marketplace](#).

Servicios de acceso a otros idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Navajo (dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo podría este plan cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Declaración de la Ley de reducción documentaria (siglas en inglés PRA): De acuerdo a la Ley de reducción documentaria (o de papeleo) de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se exigirá a persona alguna responder a una recolección de datos a menos que la recolección muestre un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que ninguna agencia federal podrá llevar a cabo o auspiciar una colección de datos a menos que ésta sea aprobada por la OMB bajo el endoso de la PRA, que muestre el número válido de control, y que no se exija al público responder a una tal recolección de datos –a menos que muestre el número válido de control OMB al corriente. Véase 44 U.S.C. 3507. Así también y pese a otras provisiones legales, ninguna persona queda sujeta a sanción por no cumplir con la recolección de datos si ésta no muestra el número válido de control OMB al corriente. Véase 44 U.S.C. 3512.

El tiempo de carga estimado para reportar la recolección de datos promedia aprox. un minuto por respuesta. Se recomienda a las partes interesadas enviar comentarios respecto a esta duración o de cualquier otro aspecto de la recolección –incluso sugerencias para disminuir la respectiva carga– a:

U.S. Department of Labor
Office of Policy and Research / Attn. PRA Clearance Officer
200 Constitution Avenue, NW / Room N-5718
Washington, DC 20210

O por correo-e: ebbs@dol.gov (anote referencia del No. de control OMB: 12100123).

Acerca de los ejemplos de cobertura mostrados abajo:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados aquí son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Sus costos serán diferentes en función de la atención médica que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Vea con cuidado las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)), así como [servicios excluidos](#) bajo este [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan sólo en la cobertura individual de sí mismo (en inglés 'self-only coverage'). **NOTA:** visita = consulta.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) 35%
- Otro [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*ultrasonido, análisis sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo-compartido	
Deducibles	\$4,500
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,800
<i>Qué es lo que no se cubre:</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es de:	\$7,370

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red y de enfermedad bien atendida / controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) 35%
- Otro [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

visitas de [atención médica primaria](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos de receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo-compartido	
Deducibles *	\$800
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$40
<i>Qué es lo que no se cubre:</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es de:	\$2,260

Fractura simple de Mia

(consultas a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) 35%
- Otro [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo-compartido	
Deducibles *	\$2,200
Copagos	\$200
Coseguro	\$80
<i>Qué es lo que no se cubre:</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es de:	\$2,480

*. **NOTA:** este [plan](#) cuenta con otros [deducibles](#) de servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Véase pág. 1 “¿Existen otros [deducibles](#) para servicios específicos?”

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. Por tanto, 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 competentes.
 - Información por escrito en otros idiomas.

Si tiene Medicare y necesita estos servicios, llame al: 503-574-8000 ó 1-800-603-2340. Todos los demás miembros, 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 discriminado con base en su 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 alguna 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 postal, o por teléfono como sigue:

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: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de acceso a otros 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).

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).

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

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: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាសេរីគឺមានសំបាប់ឲ្យអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

XIYEEFFANNAA: 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).

فیم دشا اب اب 1-800-878-4445 (TTY: 711) سامت دیری گب. امش یارب ناگیار تروصب ی نابز تالی هست، دینک یم وگتفگ ی سراف نابز هب رگا: هجوت

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)