

# Resumen de sus prestaciones

## Plan "Open Option" (opciones abiertas)



Archdiocese of Portland – Medical 300 Plan

Copago	Lo que usted paga dentro del plan	Lo que usted paga fuera del plan	Máximo desembolso personal común anual (después del deducible)	Deducible común anual	Máxima prestación de por vida
<b>\$10</b> servicios de bienestar y de salud	<b>10%</b> coaseguro (después del deducible)	<b>30%</b> coaseguro (después del deducible; se aplican los UCR)	<b>\$500</b> por persona <b>\$1,000</b> por familia (2 o más)	<b>\$300</b> por persona <b>\$600</b> por familia (2 o más)	<b>\$2,000,000</b>

### Información importante acerca de su plan

Este resumen presenta sólo los puntos más importantes de sus prestaciones. Para ver toda la información detallada de su plan, incluida su Guía de miembros, inscríbese para [myProvidence](http://myProvidence) en [www.providence.org/php/getstarted](http://www.providence.org/php/getstarted).

- ¿No está seguro de lo que una palabra o frase significa? Consulte el reverso para ver definiciones usadas en este resumen.
- Este plan ofrece transferencia del deducible. Esto significa que cualquier parte del deducible que usted pague durante el cuarto trimestre del año calendario será aplicado al deducible del siguiente año.
- Sus deducibles, algunos servicios y multas no se aplican a las máximas cantidades de desembolso personal.
- Las prestaciones para los servicios fuera del plan se basan en los cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR, siglas en inglés).
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus prestaciones. Consulte la Guía de miembros para obtener información detallada.

Puntos más importantes de las prestaciones del plan "Open Option"	Después de que pague su deducible común anual, entonces usted paga lo siguiente por los servicios cubiertos:	
	Copago o coaseguro dentro del plan (cuando utiliza los servicios de un profesional médico participante)	Copago o coaseguro fuera del plan (cuando utiliza los servicios de un profesional médico no participante)
✓ No se necesita cumplir con un deducible antes de recibir esta prestación.		
<b>Servicios de bienestar y de salud</b>		
• Exámenes periódicos de salud; atención para bebés sanos (sólo de un médico de cabecera u otro profesional médico)	\$10 / visita ✓	30%
• Vacunaciones de rutina; inyecciones	\$10 / visita ✓	30%
• Examen ginecológico anual (año calendario); pruebas de Papanicolaou	Cubiertos completamente ✓	\$15 / visita ✓
• Mamografías	\$10 ✓	30%
<b>Servicios de médicos u otros profesionales médicos</b>		
• Consultas (en el consultorio)	10%	30%
• Inyecciones y sueros contra alergias; medicamentos inyectables	10%	30%
• Consultas como paciente hospitalizado	10%	30%
• Cirugía; anestesia	10%	30%
• Otros procedimientos en el consultorio	10%	30%
<b>Servicios en el hospital</b>		
• Atención para pacientes hospitalizados	10%	30%
• Atención de observación	10%	30%
• Atención de rehabilitación (30 días por año calendario)	10%	30%
• Centro especializado de enfermería (60 días por año calendario)	10%	30%
<b>Maternidad</b>		
• Consultas pre- y pos-natales; parto	10%	30%
• Atención rutinaria al bebé recién nacido	10%	30%
• Servicios en el hospital	10%	30%

Puntos más importantes de las prestaciones del plan "Open Option" (continuación)	Copago o coaseguro dentro del plan	Copago o coaseguro fuera del plan
<b>Suministros médicos y para la diabetes, equipo médico duradero, aparatos, prótesis</b> (Los dispositivos ortopédicos desmontables personalizados para el calzado se limitan a \$200 por año calendario)	10%*	30%
<b>Servicios de atención de emergencia, de urgencia y de ambulancias</b> (No se aplica su copago para emergencias o urgencias si es hospitalizado en 24 horas) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención de emergencia (sólo para situaciones médicas de emergencia)</li> <li>• Servicios de atención de urgencia (para enfermedades no mortales o heridas leves)</li> <li>• Servicios de ambulancia (sólo para transporte en caso de emergencia)</li> </ul>	\$125 \$25✓ 20%	\$125 \$25✓ 20%
<b>Otros servicios cubiertos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías; servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de pruebas por imágenes (tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computarizada (CT), resonancia magnética nuclear (MRI))</li> <li>• Servicios de rehabilitación como paciente no hospitalizado (30 visitas por año calendario)</li> <li>• Cirugía para pacientes no hospitalizados; diálisis; infusión; quimioterapia; radioterapia</li> <li>• Servicio para tratar la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) (limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida)</li> <li>• Atención médica en el hogar</li> <li>• Cuidados paliativos</li> <li>• Quimioterapia autoadministrada (Hasta un suministro de 30 días de una farmacia participante designada)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamentos genéricos</li> <li>- Medicamentos de marca en el formulario</li> <li>- Medicamentos de marca fuera del formulario</li> </ul> </li> </ul>	10% 10% 10% 10% 50% 10% 10% \$10✓ \$50✓ \$100✓	30% 30% 30% 30% No está cubierto 30% 30% No está cubierto No está cubierto No está cubierto
<b>Salud mental / Drogodependencia</b> (Para iniciar servicios, debe llamar al 1-800-711-4577. Todos los servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados, para pacientes en alojamiento a largo plazo y para tratamiento ambulatorio o de hospitalización parcial deberán ser previamente autorizados). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados, para pacientes en alojamiento a largo plazo y para tratamiento ambulatorio</li> <li>• Consultas con el profesional médico como paciente no hospitalizado</li> </ul>	10% 10%	20% 20%

\*Su(s) deducible(s) no se aplica(n) a las compras de suministros para la diabetes.

## Guía para las palabras o frases usadas para explicar sus prestaciones

### Coaseguro

El porcentaje del costo que tal vez usted tenga que pagar por un servicio cubierto.

### Deducible común

La cantidad en dólares que una persona o familia paga por servicios cubiertos antes de que su plan pague alguna prestación dentro de un año calendario. Puede cumplirse con el deducible usando servicios de profesionales médicos dentro del plan o fuera del plan, o la combinación de ambos. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de una persona o familia:

- Los servicios que su plan no cubre
- Los servicios que sobrepasan la prestación máxima de por vida de su plan
- Los precios que sobrepasen los cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR) establecidos por su plan
- Las multas incurridas si usted no cumple con los requisitos de previa autorización de su plan
- Los copagos o coaseguros de cualquier prestación complementaria proporcionada por su empleador, tal como medicamentos cuya venta requiere receta médica o cuidado rutinario de la vista

### Máximo desembolso personal común

El límite de la cantidad de dólares que usted tendrá que gastar para los servicios de salud cubiertos especificados (una combinación tanto de servicios dentro como fuera del plan) en un año calendario. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo desembolso personal común. Consulte la Guía de miembros para obtener información detallada.

### Copago

La cantidad fija de dólares que usted paga a un profesional médico por un servicio cubierto al momento en que se le da el servicio.

### Transferencia del deducible

Una característica de su plan que permite que cualquier parte de su deducible que sea pagada durante el cuarto trimestre de un año calendario se aplique para el deducible del próximo año.

### Formulario

Una lista de los medicamentos preferidos tanto de marca como genéricos que han sido evaluados por nosotros en cuanto a su eficacia y seguridad.

### Prestación dentro del plan

La prestación dentro del plan consiste en una red extensa de médicos y profesionales de asistencia médica altamente calificados, también conocidos como profesionales médicos (proveedores) participantes, que están a su disposición por medio de su plan. Por lo general, sus gastos de desembolso

personal serán menores cuando usted reciba servicios cubiertos de profesionales médicos participantes. Para encontrar a un profesional médico participante, consulte el directorio en línea en [www.providence.org/php/providerdirectory](http://www.providence.org/php/providerdirectory).

### Prestación máxima de por vida

La cantidad total en dólares de las prestaciones que usted puede recibir de su plan durante toda su vida.

### Profesional médico no participante

Cualquier profesional de asistencia médica que no participa en la red de médicos y proveedores de servicios de asistencia médica participantes en el Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*).

### Fuera del plan

Se refiere a los servicios que usted recibe de un profesional médico (proveedor) no participante. Sus gastos de desembolso personal serán generalmente mayores cuando usted reciba servicios cubiertos de profesionales médicos no participantes. Para encontrar a un profesional médico participante, consulte el directorio en línea en [www.providence.org/healthplans](http://www.providence.org/healthplans).

### Profesional médico participante

Un médico o profesional (proveedor de servicios) de asistencia médica que pertenezca a la red de profesionales médicos participantes del plan de salud de Providence. Para encontrar a un profesional médico participante, consulte el directorio en línea en [www.providence.org/php/providerdirectory](http://www.providence.org/php/providerdirectory).

### Previa autorización

Algunos servicios deberán ser previamente aprobados. Dentro del plan, su profesional médico solicitará la previa autorización. Fuera del plan, usted es responsable de obtener previa autorización o se aplicará una multa del 50% (hasta \$2,500 por suceso).

### Quimioterapia autoadministrada

Medicamentos orales, de uso externo o autoinyectables que se usan para detener o demorar la proliferación de las células cancerosas.

### Habituales, acostumbrados y razonables (UCR)

Describe los cargos predefinidos establecidos por su plan para los servicios que usted recibe de un profesional médico fuera del plan. Cuando el costo de los servicios fuera del plan sobrepasa las cantidades UCR, usted es responsable de pagar al profesional médico cualquier diferencia. Estas cantidades no se aplican a los deducibles ni a los máximos desembolsos personales del plan.

### Comuníquese con nosotros

En nuestras oficinas centrales en Portland, nuestros profesionales de atención al cliente han estado atendiendo con orgullo a nuestros miembros desde 1986.



Área metropolitana de Portland:

**503-574-7500**

Todas las otras áreas:

**1-800-878-4445**

TTY (teletipo):

**503-574-8702 ó 1-888-244-6642**



¿Tiene preguntas acerca de sus prestaciones y quiere comunicarse con nosotros por correo electrónico? Visite nuestro sitio web en:

[www.providence.org/php/contactus](http://www.providence.org/php/contactus)