

¿Cuál es el plan adecuado para usted?

Preguntas que debe hacerse al comprar un plan de salud individual o familiar.



¿Qué costos debo prever para mi cobertura médica?

Es importante saber cuánto pagará por mes por la cobertura del plan (primas), de qué manera el plan divide los costos de los servicios de atención médica con usted (costo compartido) y cuánto gastará en los medicamentos recetados. Según sus ingresos, es posible que pueda ahorrar en las primas y costos de bolsillo cuando se inscribe en un plan a través de Washington Healthplanfinder. Llame a CHPW para saber si es elegible para los costos reducidos.

¿Estarán cubiertos los servicios de los que dependo?

CHPW cubre una amplia variedad de servicios médicos que incluyen atención preventiva, primaria y especializada, salud conductual y medicamentos recetados.

¿Podré seguir acudiendo a mi(s) médico(s)?

Querrá saber si el médico que quiere ver o el hospital al que necesita ir están dentro de la red del plan. La red de CHPW ofrece más de 250 clínicas, 1,400 proveedores de atención primaria y 15,000 especialistas en todo el estado.

¿Cómo pago la factura mensual (prima) de mi plan?

La forma más sencilla es configurar el pago automático a través de E-Bill Express, nuestro portal de pagos seguro. Ingrese en individualandfamily.chpw.org/pay-your-bills para obtener más información. También puede enviar el pago mediante transferencia electrónica de fondos (EFT).

Cascade Select

Gold

Usted paga una prima mensual más alta. Tiene un deducible más bajo (cantidad que paga antes de que la tasa de copago entre en vigencia), así como un desembolso máximo de bolsillo más bajo (cantidad que debe pagar antes de que paguemos el 100% de los servicios cubiertos). Muchos servicios tienen un copago fijo.

Silver

Costos equilibrados entre la prima, el deducible y el desembolso máximo de bolsillo. Muchos servicios tienen un copago fijo.

Bronze

Usted paga una prima mensual baja. Tiene un deducible más alto antes de que su tasa de copago/coseguro entre en vigencia, así como un desembolso máximo de bolsillo más alto. Algunos servicios tienen copagos fijos y otros tienen coseguro (un porcentaje del costo total del servicio).

¿Cómo y cuándo puedo inscribirme?

Puede inscribirse para la cobertura de 2024 a través de Washington Healthplanfinder durante el período de inscripción abierta del 1 de noviembre de 2023 al 15 de enero de 2024. También puede inscribirse fuera del período de inscripción abierta: llámenos para saber si es elegible.



Inscríbese por teléfono

Una persona experta y autorizada de CHPW estará encantada de ayudarlo a inscribirse. Llame al 1-833-993-0181 (TTY: 711), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Preguntas sobre la inscripción/elegibilidad:
1-833-993-0181
TTY: 711

Preguntas para Servicio al cliente:
1-866-907-1906
TTY: 711

Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.



Inscríbese en línea

Visite nuestro sitio web a continuación y siga los pasos para inscribirse a través de Washington Healthplanfinder.

Sitio web:
individualandfamily.chpw.org/enrollment

Dirección postal:
**Community Health
Plan of Washington**

**1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101-3207**

Community Health Plan of Washington cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-907-1906 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-907-1906 (телетайп: 711).

CS_MK002_Benefit_Hi_09_2024_SPA



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

INDIVIDUAL & FAMILY PLANS

The power of community

Puntos destacados de los beneficios para 2024



Atención médica a un precio razonable. Un equipo local en el que puede confiar.



La cobertura de nuestro plan



| Beneficio | Gold | Silver ¹ | Bronze |
|--|--|--|---|
| Deducible (\$) | \$600 individual \$1,200 familiar | \$2,500 individual \$5,000 familiar | \$6,000 individual \$12,000 familiar |
| Máximo de bolsillo | \$6,100 individual \$12,200 familiar | \$9,200 individual \$18,400 familiar | \$9,200 individual \$18,400 familiar |
| Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$15 | \$30 (Elegible para dos visitas con un copago de \$1, después del cual se aplica un copago de \$30). | \$50 (Elegible para dos visitas con un copago de \$1, después del cual se aplica un copago de \$50). |
| Consulta a especialistas | \$40 | \$65 | \$100 posterior al deducible |
| Servicios ambulatorios de la salud mental/ conductual y para trastornos por abuso de sustancias | \$15 | \$30 (Elegible para dos visitas con un copago de \$1, después del cual se aplica un copago de \$30). | Visitas al consultorio: \$50 (Elegible para dos visitas con un copago de \$1, después del cual se aplica un copago de \$50). Otro: 40% posterior al deducible |
| Atención preventiva/de detección/vacunas | \$0 | \$0 | \$0 |
| Exámenes de la vista de rutina para niños | \$0 | \$0 | \$0 |
| Atención de urgencia | \$35 | \$65 | \$100 |
| Servicios en la sala de emergencias (dentro y fuera de la red) | \$450 posterior al deducible | \$800 posterior al deducible | 40% posterior al deducible |
| Ambulancia | \$375 | \$375 | 40% posterior al deducible |
| Servicios para pacientes internados | \$525* | \$800 posterior al deducible* | 40% posterior al deducible |
| Medicamentos genéricos (30 días) | \$10 | \$25 | \$32 |
| Medicamentos de marca preferidos (30 días) | \$60 | \$75 | 40% posterior al deducible |
| Medicamentos de marca no preferidos (30 días) | \$100 | \$250 posterior al deducible | 40% posterior al deducible |
| Medicamentos especializados (30 días) | \$100 | \$250 posterior al deducible | 40% posterior al deducible |
| Diagnóstico superior por imágenes (tomografía computarizada/por emisión de positrones, resonancia magnética) | \$300 posterior al deducible | 30% posterior al deducible | 40% posterior al deducible |
| Terapia del habla, ocupacional y fisioterapia | \$25 | \$40 | 40% posterior al deducible |
| Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio | \$20 | \$40 | 40% posterior al deducible |
| Radiografías y diagnóstico por imágenes | \$30 | \$65 | 40% posterior al deducible |
| Centro de atención de enfermería especializada | \$350 posterior al deducible** | \$800 posterior al deducible** | 40% posterior al deducible |
| Tarifa del centro para pacientes ambulatorios | \$350 posterior al deducible | \$600 posterior al deducible | 40% posterior al deducible |
| Médico de cirugía ambulatoria/servicios quirúrgicos | \$75 posterior al deducible | \$200 posterior al deducible | 40% posterior al deducible |

¹Dependiendo de sus ingresos, puede calificar para acceder a ahorros que reduzcan sus costos de bolsillo con los planes

Silver. Para obtener más información, llame a CHPW. *Copago por día, límite de 5 copagos por estadía

**Copago por día