

# Community Health Plan of Washington



## Programa de beneficios para 2026 Cascade Select



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™

The power of community

**INDIVIDUAL & FAMILY PLANS**



## INFORMACIÓN DE CONTACTO

### **Dónde enviar las reclamaciones**

---

#### **ENVÍE SUS RECLAMACIONES POR CORREO**

CHP Claims  
PO Box 269002  
Plano, TX 75026-9002

#### **ENVÍE SUS RECLAMACIONES SOBRE MEDICAMENTOS RECETADOS POR CORREO**

Express Scripts, Inc.  
Attn: Commercial Claims  
P.O. Box 14711  
Lexington, KY 40512-4711  
Fax: (608) 741-5475

**Comuníquese con el administrador  
de beneficios de farmacia en**  
Teléfono: (866) 907-1906  
[www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

### **Servicio al Cliente**

---

#### **Dirección postal**

Community Health Plan of Washington  
1111 Third Avenue, Suite 400  
Seattle, WA 98101

#### **Números de teléfono**

Número local y gratuito: (866) 907-1906 (TTY:711)

### **Quejas y apelaciones**

---

#### **Comentarios**

Community Health Plan of Washington  
Attn: Customer Experience Manager  
1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98101  
Teléfono: (866) 907-1906  
Fax: (206) 613-8984

#### **Apelaciones**

Community Health Plan of Washington  
Attn: Appeals Coordinator  
1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98101  
Teléfono: (866) 907-1906  
Fax: (206) 613-8984

### **Sitio web**

---

Visite nuestro sitio web [individualandfamily.chpw.org](http://individualandfamily.chpw.org) para obtener más información y acceso seguro en línea a la información sobre reclamaciones en su portal para miembros de myCHPW.



El Programa de beneficios es un resumen de los servicios con costos compartidos aplicables cubiertos por su plan. Los beneficios enumerados están sujetos a todas las disposiciones y limitaciones descritas en la Evidencia de Cobertura (EOC). Consulte la EOC para obtener detalles sobre los beneficios que se enumeran a continuación.

Su red de proveedores es: Red de afiliados de CHPW Cascade Care






| Deducible y gastos máximos de bolsillo   | Para los proveedores de la red, usted paga* |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <b>Deducible anual integrado en el sector médico y farmacéutico (por año calendario)</b>                           | <b>\$2,500</b><br>Individual                | <b>\$5,000</b><br>Familiar  |
| <b>Monto máximo anual de gastos de bolsillo integrados en el sector médico y farmacéutico (por año calendario)</b> | <b>\$7,950</b><br>Individual                | <b>\$15,900</b><br>Familiar |

\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica  
Cascade Select Silver 73 de Community Health Plan of Washington (2026)

## Programa de beneficios









Los servicios médicos y quirúrgicos, los servicios de salud conductual y los medicamentos administrados profesionalmente tienen requisitos específicos de autorización previa que deben cumplirse. Los requisitos de autorización previa se pueden encontrar en el [sitio web de CHPW](#). Puede solicitar que se le envíe una copia impresa por correo llamando al Servicio al Cliente.

Cuando recibe atención médica de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor de fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, solamente debe pagar los costos compartidos dentro de la red. Consulte la EOC para obtener detalles sobre sus derechos en virtud de la Ley de Protección de Facturación de Saldo de Washington.

| Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington  |   |
|---|---|
| Beneficio   | Para los proveedores de la red, usted paga*   |
|  <p><b>Acupuntura</b></p>  | <p><b>\$20 de copago por consulta</b><br/>           Las primeras dos consultas con un copago de \$1, después de lo cual se aplica el costo compartido indicado. Esta asignación de dos consultas se comparte con Consultas a un proveedor de atención primaria (PCP) u otro profesional Consultas de manipulaciones de la columna vertebral/de atención quiropráctica.</p> |
|  <p><b>Pruebas de alergia</b></p>   | <p><b>\$65 de copago por consulta</b></p>   |
|  <p><b>Servicios de ambulancia para transporte de emergencia</b><br/>           El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia.</p> | <p><b>Copago de \$325 por viaje</b></p>   |
|  <p><b>Donación de sangre autóloga/transfusión de sangre</b></p>   | <p><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>   |
|  <p><b>Quimioterapia y radioterapia</b></p>  | <p><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b><br/>           Incluye los medicamentos autoadministrados de quimioterapia para el cáncer.</p>  |





\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

| Beneficio   | Para los proveedores de la red, usted paga*   |
|---|---|
|  <p><b>Anestesia dental</b></p>  | <p align="center">Anestesiólogo<br/> <b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b><br/>                     Refiérase al hospital para pacientes internados y los beneficios para pacientes externos para servicios quirúrgicos.</p>   |
|  <p><b>Manejo del cuidado de la diabetes</b></p>   | <p align="center"><b>No debe pagar nada</b><br/>                     Incluye exámenes de retina para la diabetes.</p>   |
|  <p><b>Educación sobre la diabetes y educación nutricional para personas con diabetes</b></p>  | <p align="center"><b>No debe pagar nada</b></p>   |
|  <p><b>Servicios de diálisis</b></p>   | <p align="center"><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>  |
|  <p><b>Equipo médico duradero</b></p>  | <p align="center"><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>  |
|  <p><b>Servicios de atención de emergencia</b><br/>                     El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia.</p> | <p align="center">Servicios de atención de emergencia (centro y profesional)<br/> <b>Copago de \$800 por consulta después del deducible</b><br/>                     Se exime el copago en caso de hospitalización en un plazo de 24 horas.</p>   |
|  <p><b>Atención de afirmación de género</b></p>  | <p align="center">La atención de afirmación de género incluye servicios de atención médica recetada para tratar cualquier afección relacionada con la identidad de género de la persona y puede incluir consultas de atención primaria, atención especializada, servicios de salud mental para pacientes externos, beneficios de medicamentos recetados y servicios quirúrgicos. Consulte los costos compartidos asociados para esos servicios.</p> |
|  <p><b>Servicios genéticos</b></p>   | <p align="center"><b>\$40 de copago por consulta</b><br/>                     (Pruebas y servicios asociados)</p>   |





\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

| Beneficio  | Para los proveedores de la red, usted paga*   |
|--|---|
|  <p><b>Servicios de habilitación</b><br/>Terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia auditiva, y dispositivos habilitantes aprobados por la FDA.</p> | <p align="center">Paciente internado (centro y profesional)<br/><b>Copago de \$800 por día después del deducible</b><br/>30 días por año calendario. No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p align="center">Pacientes externos (centro y profesional)<br/><b>\$40 de copago por consulta</b><br/>Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Máximo de 25 consultas para todos los servicios de terapia de habilitación combinados por año calendario.</p>  |
|  <p><b>Audífonos</b></p>  | <p align="center">Audífonos<br/><b>Coseguro del 30%</b><br/>Incluye dispositivos auditivos de conducción ósea e implantes cocleares.</p> <p align="center">Exámenes auditivos<br/><b>\$20 de copago por consulta</b></p> <p>Limitado a 1 examen de audición por año calendario y 1 audífono por oído cada 3 años.</p> <p>Los exámenes de audición son elegibles para las dos primeras consultas con un copago de \$1, después de lo cual se establece el costo compartido. Esta asignación de dos consultas se comparte con las consultas de acupuntura y manipulación de la columna vertebral/cuidado quiropráctico.</p> |
|  <p><b>Cuidado médico en el hogar</b></p>   | <p align="center"><b>\$30 de copago por día</b><br/>130 consultas por año calendario</p>  |
|  <p><b>Centros para enfermos terminales</b></p>   | <p align="center">Atención en un centro para enfermos terminales<br/><b>\$30 de copago por día</b></p> <hr/> <p align="center">Cuidados paliativos<br/><b>\$30 de copago por día</b><br/>14 días de por vida máximo</p>   |




\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

| Beneficio   | Para los proveedores de la red, usted paga*   |
|---|---|
|  <p><b>Atención médica y quirúrgica hospitalaria para pacientes internados</b></p>   | <p>Paciente internado (centro y profesional)<br/> <b>\$800 de copago por día posterior al deducible</b><br/>                     No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p>Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano)<br/> <b>Se incluye en el copago del centro</b></p> <hr/> <p>Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano asistente, radiólogo, patólogo)<br/> <b>Se incluye en el copago del centro</b></p>   |
|  <p><b>Cirugía y servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p>   | <p>Servicios profesionales de cirugía para pacientes externos (cirujano, asistente de cirujano, radiólogo, patólogo)<br/> <b>Copago de \$200 por consulta después del deducible</b></p> <hr/> <p>Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)<br/> <b>Copago de \$600 por consulta después del deducible</b></p> <hr/> <p>Estudios del sueño<br/> <b>Copago de \$600 por consulta después del deducible</b></p> |
|  <p><b>Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad</b></p> <p>Este beneficio limitado incluye la inseminación artificial; consulte la sección <i>Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad</i> de la póliza (Evidencia de cobertura) para obtener más detalles</p> | <p><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>   |
|  <p><b>Tratamiento de infusión</b></p> <p>Incluye terapia de infusión proporcionada en el hogar.</p>   | <p>La cobertura se basa en el lugar de servicio. Las terapias de infusión proporcionadas como parte de una estadía en el hospital como paciente internado o una consulta al consultorio están cubiertas por esos beneficios (consulte el costo compartido asociado). Los servicios prestados en el hogar o en un sitio de infusión independiente están cubiertos por la consulta al consultorio (consulte el costo compartido asociado).</p>                  |



\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

| Beneficio  | Para los proveedores de la red, usted paga*  |
|--|--|
|  <p><b>Trastorno metabólico hereditario – Servicios de PKU</b></p>  | <p align="center"><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>   |
|  <p><b>Servicios de laboratorio y radiología</b><br/>servicios no rutinarios, realizados en instalaciones y por profesionales.</p>  | <p align="center">Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio<br/><b>\$40 de copago por consulta</b></p> <hr/> <p align="center">Radiografías y diagnóstico por imágenes<br/><b>\$65 de copago por consulta</b></p> <hr/> <p align="center">Imágenes complejas (como resonancia magnética[MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones) [PET]<br/><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>  |
|  <p><b>Atención de maternidad y para recién nacidos</b><br/>Atención de rutina para la maternidad (prenatal y posnatal), incluidos exámenes y pruebas prenatales, apoyo a la lactancia materna y asesoramiento, cubiertos por la atención preventiva.</p> | <p align="center">Parto y todos los servicios de hospitalización para la atención de maternidad<br/><b>Copago de \$800 por día después del deducible</b><br/>No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p align="center">Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas<br/><b>\$20 de copago por consulta</b><br/>Elegible para dos consultas con un copago de \$1, después de lo cual se aplica un copago de \$20 <b>por consulta.</b></p> <hr/> <p align="center">Atención especializada de maternidad (Honorarios profesionales totales y toda la atención prenatal y posnatal, excepto los servicios preventivos)<br/><b>\$20 de copago por consulta</b><br/>Las primeras dos visitas con un copago de \$1, después de lo cual se aplica el costo compartido indicado. Esta asignación de dos consultas se comparte con las consultas de acupuntura y manipulación de la columna vertebral/cuidado quiropráctico.</p> <hr/> <p align="center">Interrupción del embarazo (servicios de interrupción voluntaria del embarazo)<br/><b>No debe pagar nada</b></p> <hr/> <p align="center">Cuidado del recién nacido (cuidado del bebé sano)<br/><b>No debe pagar nada</b></p> <hr/> <p align="center">Leche materna de donante<br/><b>No debe pagar nada</b><br/>Como parte de los servicios de atención de recién nacidos para pacientes internados.</p> |

\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

| Beneficio   | Para los proveedores de la red, usted paga*   |
|---|---|
| <p><b>+</b></p> <p><b>Atención de la salud conductual/mental</b></p>  | <p>Paciente internado (centro y profesional)<br/> <b>Copago de \$800 por día después del deducible</b><br/>                     No paga más de 5 copagos por estadía</p> <hr/> <p>Servicios ambulatorios de salud mental/conductual:<br/>                     Consulta al consultorio<br/> <b>\$20 de copago por consulta</b><br/>                     Elegible para dos consultas con un copago de \$1, después del cual se aplica un copago de \$20. Esta asignación de dos consultas se comparte con los servicios para pacientes ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias.</p> <hr/> <p>Atención de la salud conductual/mental: Otros servicios profesionales y de instalaciones para pacientes externos<br/> <b>\$30 de copago por consulta</b></p> <hr/> <p>Medicamentos recetados<br/>                     Medicamentos recetados durante una admisión como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio en relación con trastornos de salud mental o por abuso de sustancias.<br/> <b>Consulte Medicamentos recetados para obtener detalles sobre los costos compartidos asociados.</b></p> |
|  <p><b>Asesoramiento nutricional</b><br/>                     Vea también Educación sobre la diabetes y educación nutricional para personas con diabetes.</p> | <p><b>No debe pagar nada</b></p>  |
|  <p><b>Visión pediátrica (menores de 19 años)</b><br/>                     Administrado por VSP.</p>   | <p>Exámenes de la visión de rutina<br/> <b>No debe pagar nada</b><br/>                     1 examen por año calendario</p> <hr/> <p>Evaluación de baja visión<br/> <b>No debe pagar nada</b><br/>                     (Evaluación integral para baja visión cada cinco años).</p> <hr/> <p>Examen integral de la vista<br/> <b>No debe pagar nada</b><br/>                     (Incluye la dilatación según indicación profesional y con refracción)<br/>                     1 examen por año calendario</p> <hr/> <p>Artículos para la visión<br/> <b>No debe pagar nada</b><br/>                     Limitado para niños menores de 19 años. Un par de anteojos o lentes de contacto recetados cada año calendario, incluso lentes de policarbonato y revestimiento resistente a los rayones. Un par de marcos por año calendario o lentes de contacto (en lugar de lentes y marcos).<br/>                     Incluye el cargo de adaptación.</p>   |

\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

**Beneficio**

**Para los proveedores de la red, usted paga\***



**Atención podiátrica**

El beneficio limitado incluye la atención de rutina de los pies, que se cubre cuando es médicamente necesaria; consulte la sección **Atención podológica** de la póliza (Evidencia de cobertura) para obtener más detalles.

**No debe pagar nada**



**Medicamentos recetados**

Administrado por Express Scripts, Inc.

**Medicamentos genéricos**

Nivel 1

**\$24 de copago por un suministro para 30 días**

**\$54 de copago por un suministro para 90 días**

Los medicamentos recetados se dan en suministros de hasta 90 días en las farmacias minoristas participantes y mediante los pedidos por correo.

**Medicamentos preferidos**

Nivel 2

**\$75 de copago por un suministro para 30 días**

**Copago de \$202.50 por un suministro para 90 días**

Los medicamentos recetados se proporcionan hasta un suministro para 90 días en las farmacias minoristas participantes o a través del pedido por correo.

**Medicamentos no preferidos**

Nivel 3

**\$250 de copago posterior al deducible por un suministro para 30 días**

La cobertura se limita a un suministro para 30 días.

**Medicamentos especializados**

Nivel 4

**\$250 de copago posterior al deducible por un suministro para 30 días**



La cobertura se limita a un suministro para 30 días en una farmacia especializada.

**Inhaladores para el asma (corticosteroides y combinación de corticosteroides inhalados), EpiPens, autoinyectores de epinefrina e insulina**

Costo compartido para los miembros por inhaladores para el asma (corticosteroides y combinación de corticosteroides inhalados), EpiPens, autoinyectores de epinefrina (productos que contienen al menos 2 autoinyectores) e insulina de la siguiente manera: (1) limite mensual total de los gastos de bolsillo de \$35 por suministro para 30 días; (2) los inhaladores para el asma (corticosteroides y combinación de corticosteroides), EpiPens, autoinyectores de epinefrina e insulina no están sujetos a deducible.





\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

| Beneficio  | Para los proveedores de la red, usted paga*   |
|--|---|
|  | <p>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos<br/> <b>No debe pagar nada</b><br/> <i>(Incluidos los dispositivos y medicamentos anticonceptivos orales de venta libre, productos y métodos de barrera, incluidos los preservativos)</i></p> <hr/> <p>Medicamentos para dejar de fumar<br/> <b>No debe pagar nada</b><br/> <i>(Fármacos de interrupción del hábito de consumir nicotina/ para dejar de fumar)</i></p>   |
|  <p><b>Atención preventiva</b><br/>           Los límites enumerados son solo una guía. Estos límites no pretenden ser limitaciones de beneficios. Los servicios de atención preventiva están cubiertos de acuerdo con las recomendaciones establecidas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ("USPSTF") y la Administración de Recursos y Servicios de Salud ("HRSA"). A continuación, se presenta un resumen de los servicios de detección preventiva que se obtienen con mayor frecuencia (esta no pretende ser una lista exhaustiva). Consulte "Atención preventiva" en la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</p> | <p>Vacunas<br/>           Las vacunas para niños y adultos están cubiertas de acuerdo con las recomendaciones establecidas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.<br/> <b>No debe pagar nada</b></p> <hr/> <p>Mamografías<br/>           Exámenes de las mamas de diagnóstico y complementarios, incluida la mamografía diagnóstica, la tomosíntesis digital (mamografía 3D), la resonancia magnética o el ultrasonido.<br/> <b>No debe pagar nada</b></p> <hr/> <p>Exámenes periódicos (adultos y niños)<br/> <b>No debe pagar nada</b></p> <hr/> <p>Atención de rutina para la maternidad<br/>           Atención de rutina para la maternidad (prenatal y posnatal), incluidos exámenes y pruebas prenatales, apoyo a la lactancia materna y asesoramiento.<br/> <b>No debe pagar nada</b></p> |
|  <p><b>Servicios profesionales/médicos (consultas al consultorio y de telesalud)</b></p>  | <p>Proveedor de atención primaria (PCP)/Otro profesional<br/> <b>\$20 de copago por consulta</b><br/>           Las primeras dos consultas con un copago de \$1, después de lo cual se aplica el costo compartido indicado. Esta asignación de dos consultas se comparte con Consultas de acupuntura y manipulaciones espinales/atención quiropráctica.<br/>           (Incluidos naturópatas, enfermeras practicantes y asistentes médicos).</p> <hr/> <p>Especialista<br/> <b>\$65 de copago por consulta</b><br/>           Consulta con un especialista realizada por un naturópata, enfermero practicante o asistente médico que no sea su PCP, luego, un copago de \$20 por consulta después del deducible. No se aplica si este tipo de proveedor es PCP.</p>  |

\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**





| Beneficio  | Para los proveedores de la red, usted paga*  |
|--|--|
|  | <p>Proveedores de salud mental/conductual y trastornos por abuso de sustancias<br/> <b>\$20 de copago por consulta</b><br/>                     Elegible para dos consultas con un copago de \$1, después de lo cual se aplica un copago de \$20 por consulta.</p>   |
|  <p><b>Cirugía reconstructiva</b><br/>                     Beneficio limitado, consulte la sección <i>Procedimientos plásticos y reconstructivos</i> de la póliza (Evidencia de Cobertura) para obtener más detalles.</p> | <p>La cirugía reconstructiva puede incluir servicios quirúrgicos para pacientes externos y hospitalizados. Consulte los costos compartidos asociados para esos servicios.</p>  |
|  <p><b>Terapia de rehabilitación</b></p>   | <p>Paciente internado (centro y profesional)<br/> <b>Copago de \$800 por día después del deducible</b><br/>                     30 días por año calendario. No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p>Pacientes externos (centro y profesional)<br/> <b>\$40 de copago por consulta</b><br/>                     Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Máximo de 25 consultas para todos los servicios de terapia de rehabilitación combinados por año calendario.</p> <p>Los implantes cocleares también están cubiertos.</p> |
|  <p><b>Centro de atención de enfermería especializada</b></p>   | <p><b>\$800 de copago posterior al deducible por día</b><br/>                     60 días por año calendario</p>   |
|  <p><b>Manipulaciones de la columna vertebral (cuidados quiroprácticos)</b></p>   | <p><b>\$20 de copago por consulta</b><br/>                     10 consultas por año calendario<br/>                     Las primeras dos consultas con un copago de \$1, después de lo cual se aplica el costo compartido indicado. Esta asignación de dos consultas se comparte con el proveedor de atención primaria (PCP)/otro profesional y las consultas de acupuntura.</p>   |

\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica

**Cascade Select Silver Variant 73% de Community Health Plan of Washington**

Beneficio

Para los proveedores de la red, usted paga\*

|   |   |
|---|---|
|  <p><b>Trastorno por abuso de sustancias</b></p>                               | <p>Paciente internado (centro y profesional)<br/> <b>Copago de \$800 por día después del deducible</b><br/>                 No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p>Consultas al consultorio<br/> <b>\$20 de copago por consulta</b><br/>                 Elegible para dos consultas con un copago de \$1, después del cual se aplica un copago de \$20. Esta asignación de dos consultas se comparte con Servicios ambulatorios de salud mental/conductual.</p> <hr/> <p>Otros servicios profesionales y de instalaciones para pacientes externos<br/> <b>\$30 de copago por consulta</b></p> <p>Medicamentos recetados<br/>                 Los medicamentos recetados durante una hospitalización o de forma ambulatoria en relación con trastornos por abuso de sustancias están cubiertos.<br/> <b>Consulte Medicamentos recetados para obtener detalles sobre los costos compartidos asociados.</b></p> |
|  <p><b>Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular</b></p> | <p><b>Coseguro del 30% posterior al deducible</b></p>   |
|  <p><b>Servicios de trasplante</b></p>                                       | <p><b>\$800 de copago por día posterior al deducible</b><br/>                 No paga más de 5 copagos por estadía.</p>   |
|  <p><b>Atención de urgencia</b></p>  | <p><b>\$65 de copago por consulta</b><br/>                 Consultas de atención virtual de CHPW con tecnología de MD Live<br/> <b>No debe pagar nada</b></p>   |

**Programa de incentivos para miembros de CHPW**

Los miembros de CHPW pueden ganar recompensas de tarjetas de regalo al participar en el programa MemberFirst™ Rewards de CHPW si completan ciertas pruebas de detección preventiva de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino o cáncer colorrectal. Consulte [individualandfamily.chpw.org/member-center/memberfirst-rewards/](https://individualandfamily.chpw.org/member-center/memberfirst-rewards/) para obtener más información sobre el programa. Los programas de recompensas pueden variar y están sujetos a cambios.

\*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™

The power of community

**INDIVIDUAL & FAMILY PLANS**

## Comuníquese con nosotros

Miembros potenciales  
**1-833-993-0181**

Miembros actuales  
**1-866-907-1906**

TTY: 711

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

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

[individualandfamily.chpw.org/es](https://individualandfamily.chpw.org/es)