Community Health Plan of Washington

Programa de beneficios para 2027
Cascade Select

COMMUNITY HEALTH PLAN of Washington™
The power of community

INDIVIDUAL & FAMILY PLANS

Plan Silver Variant 87% de costo compartido

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

Servicio al Cliente

Dirección postal
Community Health Plan of Washington
1700 7th Ave, Suite 900
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
1700 7th Ave, Suite 900, Seattle, WA 98101
Teléfono: (866) 907-1906
Fax: (206) 613-8984

Apelaciones
Community Health Plan of Washington
Attn: Appeals Coordinator
1700 7th Ave, Suite 900, Seattle, WA 98101
Teléfono: (866) 907-1906
Fax: (206) 613-8984

Sitio web

Visite nuestro sitio web **individualandfamily.chpw.org/es** para obtener más información y acceso seguro línea a la información sobre reclamaciones en su portal para miembros de myCHPW.

COMMUNITY HEALTH PLAN of Washington™
The power of community

INDIVIDUAL & FAMILY PLANS

Programa de beneficios para 2027

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington

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 en el sitio web de CHPW 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*	
Deducible anual integrado en el sector médico y farmacéutico (por año calendario)	**$550** Individual	**$1,100** Familiar
Monto máximo anual de gastos de bolsillo integrados en el sector médico y farmacéutico (por año calendario)	**$4,000** Individual	**$8,000** Familiar

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

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.

Beneficio	**Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington** Para los proveedores de la red, usted paga*
Acupuntura	**$5 de copago por consulta** 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 las consultas a un proveedor de atención primaria (PCP) u otro profesional y de manipulaciones de la columna vertebral/de atención quiropráctica.
Pruebas de alergia	**$20 de copago por consulta**
Servicios de ambulancia para transporte de emergencia 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.	**$175 de copago por viaje**
Donación de sangre autóloga/transfusión de sangre	**Coseguro del 20% posterior al deducible**
Quimioterapia y radioterapia	**Coseguro del 20% posterior al deducible** Incluye los medicamentos autoadministrados de quimioterapia para el cáncer.

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
Anestesia dental	Anestesiólogo **Coseguro del 20% posterior al deducible** Consulte los beneficios hospitalarios y ambulatorios de los servicios quirúrgicos.
Manejo del cuidado de la diabetes	**No debe pagar nada** Incluye exámenes de retina para la diabetes.
Educación sobre la diabetes y educación nutricional para personas con diabetes	**No debe pagar nada**
Servicios de diálisis	**Coseguro del 20% posterior al deducible**
Equipo médico duradero	**Coseguro del 20% posterior al deducible**
Servicios de atención de emergencia 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.	Servicios de atención de emergencia (centro y profesional) **$425 de copago por consulta después del deducible** Se exime el copago en caso de hospitalización en un plazo de 24 horas.

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Atención de afirmación de género	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 ambulatorios, beneficios de medicamentos recetados y servicios quirúrgicos. Consulte los costos compartidos asociados para esos servicios.
 Servicios de habilitación Terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia auditiva, y dispositivos habilitantes aprobados por la FDA.	Paciente internado (centro y profesional) **$425 de copago por día posterior al deducible** 30 días por año calendario. No paga más de 5 copagos por estadía. Pacientes ambulatorios (centro y profesional) **$20 de copago por consulta** Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Máximo de 25 consultas para todos los servicios de terapia de habilitación combinados por año calendario.
 Audífonos	Audífonos **Coseguro del 20%** Incluye dispositivos auditivos de conducción ósea e implantes cocleares. Exámenes auditivos **$5 de copago por consulta** Limitado a 1 examen de audición por año calendario y 1 audífono por oído cada 3 años. 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.

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
Cuidado médico en el hogar	**$10 de copago por día** 130 consultas por año calendario
Centros para enfermos terminales	Atención en un centro para enfermos terminales **$10 de copago por día** Cuidados paliativos **$10 de copago por día** 14 días de por vida máximo
Atención médica y quirúrgica hospitalaria para pacientes internados	Paciente internado (centro y profesional) **$425 de copago por día posterior al deducible** No paga más de 5 copagos por estadía. Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano) **Se incluye en el copago del centro** Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano asistente, radiólogo, patólogo) **Se incluye en el copago del centro**

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
Cirugía y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios profesionales de cirugía para pacientes ambulatorios (cirujano, asistente de cirujano, radiólogo, patólogo) **$120 de copago por consulta después del deducible** Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) **$325 de copago por consulta después del deducible** Estudios del sueño **$325 de copago por consulta después del deducible**
Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad Este beneficio limitado incluye la inseminación artificial; consulte la sección ***Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad*** de la póliza (Evidencia de cobertura) para obtener más detalles.	**Coseguro del 20% posterior al deducible**
Tratamiento de infusión Incluye terapia de infusión proporcionada en el hogar.	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 en el 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 en el consultorio (consulte el costo compartido asociado).

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Trastorno metabólico hereditario – Servicios de PKU	**Coseguro del 20% posterior al deducible**
 Servicios de laboratorio y radiología Servicios profesionales, que no son de rutina (esto incluye pruebas y servicios asociados relacionados con los servicios genéticos).	Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio **$20 de copago por consulta** Radiografías y diagnóstico por imágenes **$30 de copago por consulta** Imágenes complejas (como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones) **Coseguro del 20% posterior al deducible**
 Atención de maternidad y para recién nacidos 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*.	Parto y todos los servicios de hospitalización para la atención de maternidad **$425 de copago por día posterior al deducible** No paga más de 5 copagos por estadía. Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas **$5 de copago por consulta** Elegible para dos consultas con un copago de $1, después de lo cual se aplica un copago de $5 por consulta. Atención especializada de maternidad (honorarios profesionales totales y toda la atención prenatal y posnatal, excepto los servicios preventivos) **$5 de copago por consulta** 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. Interrupción del embarazo (servicios de interrupción voluntaria del embarazo) **No debe pagar nada** Cuidado del recién nacido (cuidado del bebé sano) **No debe pagar nada** Leche materna de donante **No debe pagar nada** Como parte de los servicios de atención de recién nacidos para pacientes internados.

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Atención en salud mental o salud conductual y por trastornos por abuso de sustancias	Paciente internado (centro y profesional) **$425 de copago por día posterior al deducible** No paga más de 5 copagos por estadía. Servicios para pacientes ambulatorios de salud mental o conductual y trastornos por abuso de sustancias: consulta en el consultorio **$5 de copago por consulta** Elegible para dos consultas con un copago de $1, después del cual se aplica un copago de $5. Salud mental o conductual y trastornos por abuso de sustancias: otros servicios profesionales y de instalaciones para pacientes ambulatorios **$5 de copago por consulta** Medicamentos recetados Los medicamentos recetados durante una admisión como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio en relación con trastornos de salud mental o por abuso de sustancias están cubiertos. **Consulte *Medicamentos recetados* para obtener detalles sobre los costos compartidos asociados.**
 Asesoramiento nutricional Vea también *Educación sobre la diabetes* y *educación nutricional para personas con diabetes*.	**No debe pagar nada**

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Visión pediátrica (menores de 19 años) Administrado por VSP.	Exámenes de la visión de rutina **No debe pagar nada** 1 examen por año calendario. Evaluación de baja visión **No debe pagar nada** (Evaluación integral para baja visión cada cinco años). Examen integral de la vista **No debe pagar nada** (Incluye la dilatación según indicación profesional y con refracción) 1 examen por año calendario. Artículos para la visión **No debe pagar nada** 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). Incluye el cargo de adaptación.
 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**

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
Medicamentos recetados Administrados por Express Scripts, Inc.	Medicamentos genéricos Nivel 1 **$10 de copago por un suministro para 30 días** **$27 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 **$35 de copago por un suministro para 30 días** **$94.50 de copago 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 **$160 de copago por un suministro para 30 días** La cobertura se limita a un suministro para 30 días. Medicamentos especializados Nivel 4 **$160 de copago 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) límite 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. Medicamentos y dispositivos anticonceptivos **No debe pagar nada** (Incluidos los dispositivos y medicamentos anticonceptivos orales de venta libre, productos y métodos de barrera, incluidos los preservativos) Medicamentos para dejar de fumar **No debe pagar nada** (Fármacos de interrupción del hábito de consumir nicotina/para dejar de fumar)

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
Atención preventiva 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 Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control de Enfermedades; pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, incluidas las pautas de Bright Futures establecidas por la Academia Estadounidense de Pediatría y las pautas de servicios preventivos y de bienestar para mujeres vigentes a partir del 30 de junio de 2025; y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. para la Prevención y la Atención Crónica, que incluye exámenes y pruebas para las recomendaciones A y B vigentes desde el 30 de junio de 2025 para la prevención y la atención crónica. Artículos y servicios requeridos por las normas o regulaciones del estado de Washington. 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 información.	Vacunas Las vacunas para niños y adultos están cubiertas. **No debe pagar nada** Mamografías Exámenes de las mamas de diagnóstico y complementarios, incluida la mamografía diagnóstica, la tomosíntesis digital (mamografía 3D), la resonancia magnética o el ultrasonido. **No debe pagar nada** Exámenes periódicos (adultos y niños) **No debe pagar nada** Servicios preventivos y de bienestar, exámenes y pruebas de detección **No debe pagar nada** Atención de rutina para la maternidad Atención de rutina prenatal y posnatal, incluidos exámenes y pruebas prenatales, apoyo a la lactancia materna y asesoramiento. **No debe pagar nada**

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Servicios profesionales/médicos (consultas presenciales y de telemedicina)	Proveedor de atención primaria (PCP) **$5 de copago por consulta** 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 las consultas de acupuntura y manipulaciones espinales/atención quiropráctica. Otro profesional **$5 de copago por consulta** (Consultas realizadas por un naturópata, enfermero practicante o asistente médico que no sea su PCP) 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 las consultas de acupuntura y manipulaciones espinales/atención quiropráctica. Especialista **$20 de copago por consulta** Proveedores de la salud conductual/mental y de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias **$5 de copago por consulta** Elegible para dos consultas con un copago de $1, después de lo cual se aplica un copago de $5 por consulta.
 Prótesis/dispositivos prostéticos	Paciente internado (centro y profesional) **$425 de copago por día posterior al deducible** No paga más de 5 copagos por estadía. Equipo médico duradero (DME) **Coseguro del 20% posterior al deducible**
 Cirugía reconstructiva Beneficio limitado, consulte la sección *Procedimientos plásticos y reconstructivos* de la póliza (Evidencia de cobertura) para obtener más detalles.	La cirugía reconstructiva puede incluir servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Consulte los costos compartidos asociados para esos servicios.

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Terapia de rehabilitación	Paciente internado (centro y profesional) **$425 de copago por día posterior al deducible** 30 días por año calendario. No paga más de 5 copagos por estadía. Pacientes ambulatorios (centro y profesional) **$20 de copago por consulta** Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Máximo de 25 consultas para todos los servicios de terapia de rehabilitación combinados por año calendario. Los implantes cocleares también están cubiertos.
 Centro de atención de enfermería especializada	**$425 de copago posterior al deducible por día** 60 días por año calendario
 Manipulaciones de la columna vertebral (cuidados quiroprácticos)	**$5 de copago por consulta** 10 consultas por año calendario 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.

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

Cascade Select Silver Variant 87% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular	**Coseguro del 20% posterior al deducible**
Servicios de trasplante	**$425 de copago por día posterior al deducible** No paga más de 5 copagos por estadía.
Atención de urgencia	**$30 de copago por consulta** Consultas de atención virtual de CHPW con tecnología de MD Live **No debe pagar nada**

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/ 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.

individualandfamily.chpw.org/es