

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

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 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*	
Deducible anual integrado en el sector médico y farmacéutico (por año calendario)	\$0 Individual	\$0 Familiar
Monto máximo anual de gastos de bolsillo integrados en el sector médico y farmacéutico (por año calendario)	\$2,400 Individual	\$4,800 Familiar

*Para proveedores fuera de la red, paga el 100% del costo, excepto donde se indica
Cascade Select Silver 94 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 94% de Community Health Plan of Washington	
Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 <p>Acupuntura</p>	Copago de \$1 por consulta
 <p>Pruebas de alergia</p>	\$15 de copago por consulta
 <p>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.</p>	Copago de \$75 por viaje
 <p>Donación de sangre autóloga/transfusión de sangre</p>	Coseguro del 15%
 <p>Quimioterapia y radioterapia</p>	Coseguro del 15% Incluye los medicamentos autoadministrados de quimioterapia para el cáncer.
 <p>Anestesia dental</p>	Anestesiólogo Coseguro del 15% Refiérase al hospital para pacientes internados y los beneficios para pacientes externos para servicios quirúrgicos.






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

Cascade Select Silver Variant 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 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 15%
 Equipo médico duradero	Coseguro del 15%
 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) Copago de \$150 por consulta Se exime el copago en caso de hospitalización en un plazo de 24 horas.
 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 externos, beneficios de medicamentos recetados y servicios quirúrgicos. Consulte los costos compartidos asociados para esos servicios.
 Servicios genéticos	\$5 de copago por consulta (Pruebas y servicios asociados)






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

Cascade Select Silver Variant 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 <p>Servicios de habilitación Terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia auditiva, y dispositivos habilitantes aprobados por la FDA.</p>	<p>Paciente internado (centro y profesional) \$100 de copago por día 30 días por año calendario. No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p>Pacientes externos (centro y profesional) \$5 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.</p>
 <p>Audífonos</p>	<p>Audífonos Coseguro del 15% Incluye dispositivos auditivos de conducción ósea e implantes cocleares.</p> <p>Exámenes auditivos Copago de \$1 por consulta Limitado a 1 examen de audición por año calendario y 1 audífono por oído cada 3 años.</p>
 <p>Cuidado médico en el hogar</p>	<p>\$5 de copago por día 130 consultas por año calendario</p>
 <p>Centros para enfermos terminales</p>	<p>Atención en un centro para enfermos terminales \$5 de copago por día</p> <hr/> <p>Cuidados paliativos \$5 de copago por día 14 días de por vida máximo</p>
 <p>Atención médica y quirúrgica hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Paciente internado (centro y profesional) \$100 de copago por día No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p>Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano) Se incluye en el copago del centro</p> <hr/> <p>Servicios profesionales para pacientes internados (cirujano asistente, radiólogo, patólogo) Se incluye en el copago del centro</p>


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

Cascade Select Silver Variant 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 <p>Cirugía y servicios hospitalarios para pacientes externos</p>	<p>Servicios profesionales de cirugía para pacientes externos (cirujano, asistente de cirujano, radiólogo, patólogo) \$25 de copago por consulta</p> <hr/> <p>Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) Copago de \$100 por consulta</p> <hr/> <p>Estudios del sueño Copago de \$100 por consulta</p>
 <p>Servicios de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad 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 align="center">Coseguro del 15%</p>
 <p>Tratamiento de infusión 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>
 <p>Trastorno metabólico hereditario – Servicios de PKU</p>	<p align="center">Coseguro del 15%</p>
 <p>Servicios de laboratorio y radiología servicios no rutinarios, realizados en instalaciones y por profesionales.</p>	<p>Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio \$5 de copago por consulta</p> <hr/> <p>Radiografías y diagnóstico por imágenes \$15 de copago por consulta</p> <hr/> <p>Imágenes complejas (como resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones) [PET] Coseguro del 15%</p>

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

Cascade Select Silver Variant 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 <p>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.</p>	<p>Parto y todos los servicios de hospitalización para la atención de maternidad \$100 de copago por día No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p>Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas Copago de \$1 por consulta</p> <hr/> <p>Atención especializada de maternidad (Honorarios profesionales totales y toda la atención prenatal y posnatal, excepto los servicios preventivos) Copago de \$1 por consulta</p> <hr/> <p>Interrupción del embarazo (servicios de interrupción voluntaria del embarazo) No debe pagar nada</p> <hr/> <p>Cuidado del recién nacido (cuidado del bebé sano) No debe pagar nada</p> <hr/> <p>Leche materna de donante No debe pagar nada Como parte de los servicios de atención de recién nacidos para pacientes internados.</p>
<p>+</p> <p>Atención de la salud conductual/mental</p>	<p>Paciente internado (centro y profesional) \$100 de copago por día No paga más de 5 copagos por estadía</p> <hr/> <p>Servicios ambulatorios de salud mental/conductual: Consulta al consultorio Copago de \$1 por consulta</p> <hr/> <p>Atención de la salud conductual/mental: Otros servicios profesionales y de instalaciones para pacientes externos \$5 de copago por consulta</p> <hr/> <p>Medicamentos recetados Medicamentos recetados durante una admisión como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio en relación con trastornos de salud mental o por abuso de sustancias. Consulte Medicamentos recetados para obtener detalles sobre los costos compartidos asociados.</p>

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

Cascade Select Silver Variant 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio

Para los proveedores de la red, usted paga*



Asesoramiento nutricional

Vea también Educación sobre la diabetes y educación nutricional para personas con diabetes.

No debe pagar nada



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 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio

Para los proveedores de la red, usted paga*



Medicamentos recetados

Administrado por Express Scripts, Inc.

Medicamentos genéricos

Nivel 1

\$5 de copago por un suministro para 30 días

\$13.50 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

\$12 de copago por un suministro para 30 días

\$24 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 no preferidos

Nivel 3

\$35 de copago por un suministro para 30 días

La cobertura se limita a un suministro para 30 días.

Medicamentos especializados

Nivel 4

\$35 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) 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.

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 94% 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 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.

Vacunas

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.

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

Atención de rutina para la maternidad

Atención de rutina para la maternidad (prenatal y posnatal), incluidos exámenes y pruebas prenatales, apoyo a la lactancia materna y asesoramiento.

No debe pagar nada



Servicios profesionales/médicos (consultas al consultorio y de telesalud)

**Proveedor de atención primaria (PCP)/Otro profesional
Copago de \$1 por consulta**

(Incluidos naturópatas, enfermeras practicantes y asistentes médicos).

Especialista

\$15 de copago por consulta

Proveedores de salud mental/conductual y trastornos por abuso de sustancias

Copago de \$1 por consulta








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 externos 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 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 <p>Terapia de rehabilitación</p>	<p align="center">Paciente internado (centro y profesional) \$100 de copago por día 30 días por año calendario. No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p align="center">Pacientes externos (centro y profesional) \$5 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.</p> <p align="center">Los implantes cocleares también están cubiertos.</p>
 <p>Centro de atención de enfermería especializada</p>	<p align="center">\$100 de copago por día 60 días por año calendario</p>
 <p>Manipulaciones de la columna vertebral (cuidados quiroprácticos)</p>	<p align="center">Copago de \$1 por consulta 10 consultas por año calendario</p>
 <p>Trastorno por abuso de sustancias</p>	<p align="center">Paciente internado (centro y profesional) \$100 de copago por día No paga más de 5 copagos por estadía.</p> <hr/> <p align="center">Consultas al consultorio Copago de \$1 por consulta</p> <hr/> <p align="center">Otros servicios profesionales y de instalaciones para pacientes externos \$5 de copago por consulta Medicamentos recetados Los medicamentos recetados durante una hospitalización o de forma ambulatoria en relación con trastornos por abuso de sustancias están cubiertos. Consulte Medicamentos recetados para obtener detalles sobre los costos compartidos asociados.</p>
 <p>Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular</p>	<p align="center">Coseguro del 15%</p>

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

Cascade Select Silver Variant 94% de Community Health Plan of Washington

Beneficio	Para los proveedores de la red, usted paga*
 Servicios de trasplante	\$100 de copago por día No paga más de 5 copagos por estadía.
 Atención de urgencia	\$15 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.

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

individualandfamily.chpw.org/es