



Los miembros **en primer lugar**

Planes de Salud 2022 **Individuales y Familiares para Washington**



El tipo de ayuda **que uno espera recibir de un amigo.**

En PacificSource, el servicio al miembro es más que una cuestión profesional—es personal.

Además, es local. Las personas que le ayudan viven aquí, en el Noroeste. Respondemos a sus llamadas en menos de 30 segundos de promedio, según los reportes internos de llamadas. Y tenemos el compromiso de ir más allá de lo necesario para que usted esté satisfecho.



PacificSource es un **plan de salud comunitario sin fines de lucro**. No respondemos a los accionistas, sino a los miembros, proveedores, productores y empleadores—las personas que dependen de nuestros productos y servicios.

Su cobertura de salud, **optimizada.**



Una asociación única sin fines de lucro

PacificSource es diferente: Un plan de salud local con mucha experiencia que trabaja junto con proveedores locales altamente calificados para ofrecer una experiencia excepcional a sus miembros.



Cuidados integrales que giran en torno a los miembros

Este enfoque en el paciente es posible gracias a la estrecha colaboración con nuestros socios proveedores y al uso de las mejores herramientas de análisis de datos.



Atención de alto valor y menores costos

Nos esforzamos por compensar a los proveedores en base a la calidad de los resultados y del valor en general—no del volumen.



Inversión continua en salud comunitaria

Como aseguradora sin fines de lucro, PacificSource invierte continuamente en nuestros propios vecindarios a través de la ayuda financiera y el acceso al cuidado de la salud en beneficio de diversas poblaciones y de los más necesitados.

Beneficios que van más allá de lo requerido



Mayor cobertura de telesalud

Los miembros pueden consultar a un médico sin salir de casa—incluyendo consultas de salud del comportamiento para adultos. Usted recibirá los cuidados que necesita, en el lugar y el momento que usted los necesite.



No se necesitan referencias médicas en cualquier plan

Nuestros planes no requieren que los miembros consulten a un médico de atención primaria antes de acudir con un especialista. (Algunos especialistas pudieran tener sus propios requisitos de referencia).



Cuidados preventivos y medicamentos preventivos sin costo

Nos complace ofrecerle co-pagos de \$0 en:

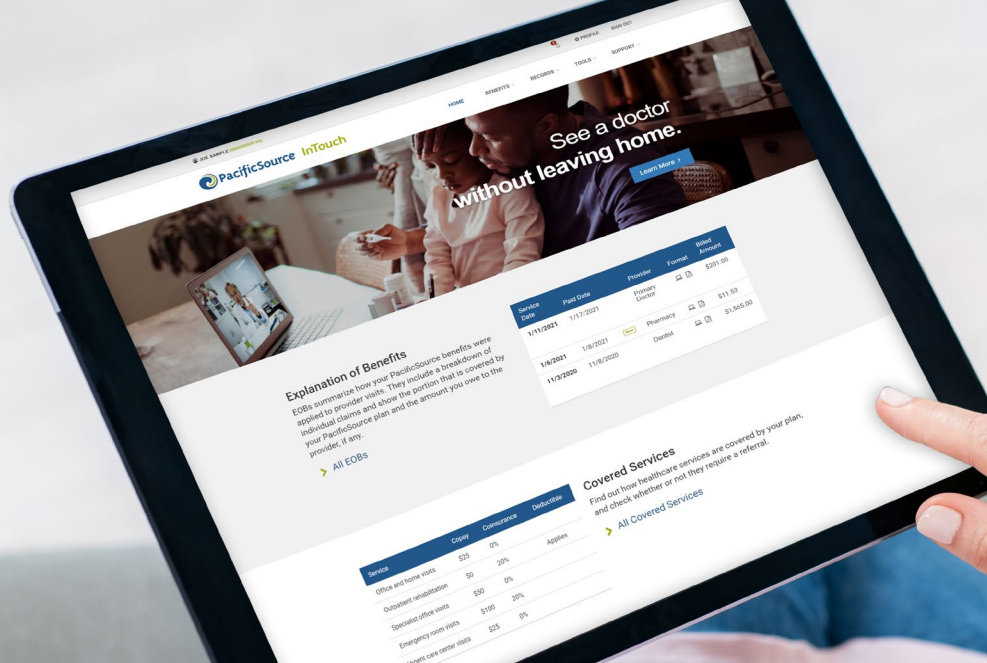
- Cuidados para bebés y niños sanos
- Chequeos anuales
- Consultas prenatales
- Mamografías y colonoscopías preventivas
- Vacunas (inmunizaciones)
- Decenas de medicamentos preventivos—82 más de los que requiere la ley. (Nota: los planes Cascade sólo utilizan la lista de medicamentos estándar de la ACA).



Servicio humano

No tenemos sistemas telefónicos automatizados ni centros de llamadas en el extranjero





Usted tiene el control con InTouch



Administre sus beneficios desde su computadora, teléfono o tableta las 24 horas del día. Usted tendrá un acceso seguro a toda la información de su seguro, además de valiosos extras relacionados con la salud, a través de nuestro sitio InTouch y la aplicación para iOS/Android.

Con InTouch usted puede:

- Mostrar su ID del miembro
- Programar consultas médicas—medicina general y del comportamiento—a través de Teladoc®.
- Revisar lo que cubre su plan
- Leer las declaraciones de la Explicación de Beneficios
- Verificar el estatus de su deducible
- Buscar un médico
- Seleccionar a su proveedor de atención primaria
- Llamar a nuestra Línea de Enfermería las 24 horas del día
- Trabajar para alcanzar sus objetivos de salud en CaféWell
- Ponerse en contacto con nuestro equipo de Servicio al Cliente



La **diferencia** que le ofrece Navigator

Una red coordinada de profesionales médicos altamente calificados

Su red de proveedores determina cuáles médicos y hospitales están cubiertos al nivel de beneficios más alto.

En Washington, la red Navigator incluye **MultiCare, MultiCare Connected Care, Legacy Health, OHSU Health, Vancouver Clinic, Physicians of Southwest Washington y Rockwood Clinic (Spokane)**. Además de miles de profesionistas independientes, incluyendo proveedores de acupuntura, quiropráctica y naturopatía.

Navigator también le ofrece beneficios fuera de la red para brindarle más opciones y una mayor libertad.

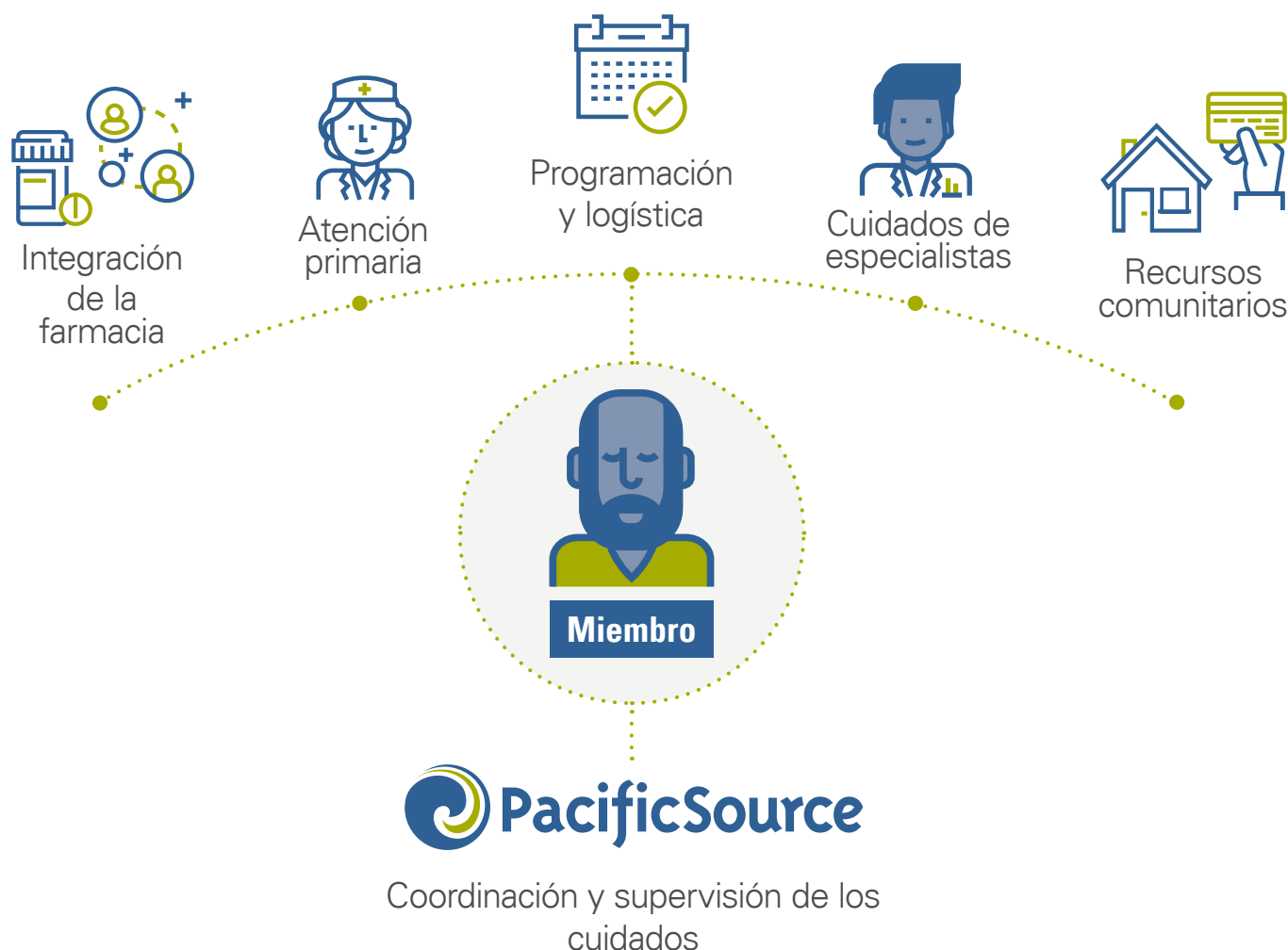
Navigator

Una coordinación rentable de los cuidados que se enfoca en los miembros

Los productos de Navigator fueron diseñados para apoyar la integración de los miembros y promover la toma de decisiones compartidas con los proveedores de servicios de salud.

Con Navigator, usted tiene acceso a una amplia gama de proveedores dentro de la red. Esto incluye a médicos locales y a nivel nacional mediante nuestra asociación con First Health® y con First Choice Health™ en Alaska.

Nuestros miembros reciben cuidados responsables de parte de un equipo dedicado de proveedores.





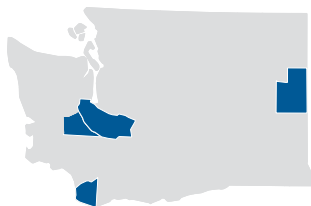
Los médicos y hospitales que usted desea.

Nos hemos asociado con prestigiosos hospitales y centros de salud en las zonas de **Olympia, Spokane, Tacoma** y **Vancouver** para que usted reciba servicios y cuidados de la más alta calidad.



La disponibilidad de los proveedores de la red depende del plan y la red del miembro.

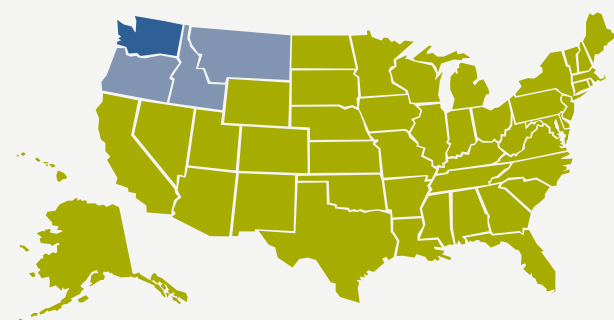




Navigator está disponible en los siguientes condados: Clark, Pierce, Spokane y Thurston.

Dentro de la red, **a nivel nacional**

Navigator permite que los miembros consulten a proveedores en todo el país, gracias a las asociaciones con First Health® y First Choice Health™.



- Navigator Washington
- Navigator
- **First Health®** y **First Choice Health™** (Alaska)



Beneficios fuera de la red

¿Desea consultar a un médico que no pertenece a su red? Con Navigator, sus servicios están cubiertos hasta una cantidad permitida.

Cubrimos a más de **42,000** miembros individuales
y a sus familias en la zona amplia del Noroeste.

PacificSource cubre a personas independientes como usted que contratan
un seguro de salud de manera directa y no a través de un empleador.

Fuente: reporte de inscripción mensual, mayo del 2021



2022 Washington | Planes Médicos Individuales y Familiares Navigator

	NON-HSA QUALIFIED PLANS										HSA QUALIFIED PLANS		WASHINGTON STANDARD PLANS					
Product PD: Pediatric dental included	Gold 2000 ¹		Silver 3500 PD [†]		Silver 5000 ¹		Bronze 7000 ¹		Catastrophic [^]		Bronze HSA 7000 ¹		Cascade Gold ^{**}		Cascade Silver ^{**}		Cascade Bronze ^{**}	
	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK
Deductible Individual / Family	\$2,000 / \$4,000	\$10,000 / \$20,000	\$3,500 / \$7,000	\$10,000 / \$20,000	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$20,000	\$7,000 / \$14,000	\$10,000 / \$20,000	\$8,700 / \$17,400	\$10,000 / \$20,000	\$7,000 / \$14,000	\$10,000 / \$20,000	\$500 / \$1,000	\$10,000 / \$20,000	\$2,000 / \$4,000	\$10,000 / \$20,000	\$6,000 / \$12,000	\$10,000 / \$20,000
Out-of-Pocket Maximum Individual / Family	\$5,500 / \$11,000	\$25,000 / \$50,000	\$8,100 / \$16,200	\$25,000 / \$50,000	\$5,750 / \$11,500	\$25,000 / \$50,000	\$8,550 / \$17,100	\$25,000 / \$50,000	\$8,700 / \$17,400	\$25,000 / \$50,000	\$7,000 / \$14,000	\$25,000 / \$50,000	\$5,250 / \$10,500	\$25,000 / \$50,000	\$7,800 / \$15,600	\$25,000 / \$50,000	\$8,550 / \$17,100	\$25,000 / \$50,000
	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:
Preventive Services	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%
Preventive Drug Coverage	Covered in Full	90%	Covered in Full	90%	Covered in Full	90%	Covered in Full	90%	Covered in Full	90%	Covered in Full	90%	Only for drugs on the Standard Preventive No-Cost Drug List (Affordable Care Act). In Network: Covered in Full. Out-of-network: 90% after deductible.					
	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:		AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	
Telehealth (including behavioral health for adults)	Covered in Full*	50%	Covered in Full*	50%	Covered in Full*	50%	Covered in Full*	50%	Telemedicine and office combined visits 1-3 no deductible, covered in full. Visits 4+ covered in full after deductible.	50%	Covered in Full	50%	\$15*	50%	\$25*	50%	\$50*	50%
Office Visits Primary, Urgent Care, and Specialist	Primary/Urgent Care: \$20* Specialist: \$40*	50%	Primary/Urgent Care: \$40* Specialist: \$50	50%	Primary/Urgent Care: \$15* Specialist: \$30*	50%	Primary/Urgent Care: \$35* Specialist: \$50	50%	Telemedicine and office combined visits 1-3 no deductible, covered in full. Visits 4+ covered in full after deductible. Urgent Care/Specialist: Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Primary Care: \$15* Urgent Care: \$35* Specialist: \$40*	50%	Primary Care: \$25* Urgent Care: \$60* Specialist: \$60*	50%	Primary Care: \$50* Urgent Care: \$100* Specialist: \$100	50%
Inpatient Hospital	20%	50%	30%	50%	30%	50%	40%	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	\$525* [†]	50%	\$800 [†]	50%	40%	50%
Lab / X-ray	20%	50%	30%	50%	30%	50%	40%	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	Lab: \$20* X-ray: \$30*	50%	Lab: \$35* X-ray: \$60*	50%	40%	50%
Physical, Occupational, and Speech Therapy Combined 30 visits per benefit period	20%	50%	30%	50%	30%	50%	40%	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	\$25*	50%	\$35*	50%	40%	50%
Outpatient Surgery	20%	50%	30%	50%	30%	50%	40%	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	\$350	50%	\$600	50%	40%	50%
Emergency Services	20%	20%	30%	30%	30%	30%	40%	40%	Covered in Full	Covered in Full	Covered in Full	Covered in Full	\$450	\$450	\$800	\$800	40%	40%
Chiropractic / Acupuncture Visits per benefit period: Chiro: 12 / Acu: 12	\$20*	50%	\$40*	50%	\$15*	50%	\$35*	50%	Covered in Full	50%	Covered in Full	50%	\$15*	50%	\$25*	50%	\$50*	50%
Prescription (Rx) Drug Coverage Out-of-network: 30-day max fill, no more than 3 per year	Tier 1: \$15* Tier 2: \$70* Tier 3 & 4: 20%*	90%	Tier 1: \$15* Tier 2: \$80* Tier 3 & 4: 30%*	90%	30%	90%	40%	90%	Covered in Full	90%	Covered in Full	90%	Tier 1: \$10* Tier 2: \$60* Tier 3 & 4: \$100*	90%	Tier 1: \$20* Tier 2: \$70* Tier 3 & 4: \$250	90%	Tier 1: \$32* Tier 2, 3 & 4: 40%	90%
Pediatric Eye Exam One exam per benefit period	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full	50%	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*
Pediatric Vision Hardware One item per benefit period	Covered in full* up to \$150 then subject to in-network deductible and 20%		Covered in full* up to \$150 then subject to in-network deductible and 30%		Covered in full* up to \$150 then subject to in-network deductible and 30%		Covered in full* up to \$150 then subject to in-network deductible and 40%		Covered in Full	50%	Covered in full* up to \$150 then subject to in-network deductible		Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*	Covered in Full*	Covered in full up to \$40*
Pediatric Dental Included	Yes		Yes		Yes		Yes		No		Yes		No		No		No	

Out-of-network services are covered up to an allowed amount. After that amount is reached, members may be subject to balance billing. *Not subject to deductible. ^Available only through Washington Healthplanfinder to people under 30, or people of any age with a hardship exemption or affordability exemption. **Available only through Washington Healthplanfinder. [†]Available only on a direct basis. [†]Per day copay, limit of 5 copays per stay. [†]Includes Pediatric Dental when purchased direct from PacificSource. This is a brief summary. Contact a Coverage Advisor at **855-330-2792** or by email at CoverageAdvisors@PacificSource.com. Go to [PacificSource.com](https://www.pacificsource.com) for details or to see a plan’s Summary of Benefits. Accessibility help: For assistance reading this table or the rest of the document, please call us at **888-977-9299; TTY 711** or **800-735-3260**.



Cuidados de la vista para niños



Beneficios de visión pediátrica (para miembros de 18 años de edad y menores)

La mayoría de nuestros planes médicos incluyen una cobertura visual pediátrica para miembros de 18 años de edad y menores. Esto incluye exámenes de la vista de rutina sin costo alguno al consultar a un médico de la red. La mayoría de los planes también incluyen una cobertura de hasta \$150 para anteojos/lentes para miembros de 18 años de edad y menores.



Cobertura dental

La buena salud dental puede llevar a una mejor salud en general. Añada uno de nuestros planes dentales a su plan de salud o seleccione solamente la cobertura dental. Usted puede contratar estos planes directamente durante todo el año, no sólo durante el periodo de inscripciones abiertas.

2022 Washington

Comparación de Planes Dentales Individuales y Familiares

USE THIS CHART TO COMPARE OUR DENTAL PLANS	Dental PPO 0-20-50 1000		Dental PPO 0-20-50 1500		Kids Dental PPO* Available only through the exchange (coverage for members age 18 and under)	
	Dental PPO		Dental PPO		Dental PPO	
	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK	IN NETWORK	OUT OF NETWORK
Annual Deductible Individual / Family	N/A	\$50 / \$150	N/A	\$50 / \$150	N/A	\$50 / \$150
Annual Maximum Benefit Per person, age 19 and older	\$1,000		\$1,500		N/A	
Pediatric Out-of-Pocket Maximum Individual/Family, age 18 and under	\$375 / \$750	N/A	\$375 / \$750	N/A	\$375 / \$750	N/A
	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:
Class I Services	Covered in Full	20%	Covered in Full	20%	Covered in Full	20%
	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	NO DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:	AFTER DEDUCTIBLE, MEMBER PAYS:
Class II Services	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Class III Services	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Exclusion Period Per person, age 19 and older	Class II: 6 months; Class III: 12 months		Class II: 6 months; Class III: 12 months		None	

*May be purchased only during Open Enrollment or SEP. This is a brief summary. Contact a Coverage Advisor at **855-330-2792** or by email at CoverageAdvisors@PacificSource.com. For more details, search individual and family plans at PacificSource.com. Accessibility help: For assistance reading this table or the rest of the document, please call us at **888-977-9299, TTY 711** or **800-735-3260**.



Ayuda con las **Cuentas de Ahorro para la Salud (HSA)**

Cuando esté listo para decidir, podrá elegir entre dos tipos de planes: Calificado para HSA y no calificado para HSA.

Todos nuestros planes de salud incluyen una cobertura de cuidados preventivos, exámenes físicos con un costo de \$0 al acudir con proveedores de la red y la mayoría de las vacunas.

No HSA

Los planes no calificados para HSA le permiten utilizar algunos beneficios a cambio de un co-pago antes de cubrir su deducible (tales como cuidados primarios, cuidados urgentes o farmacia).

HSA

Los planes calificados para HSA le ayudan a ahorrar dinero para los gastos del cuidado de la salud, tales como los deducibles y el coaseguro. Estos planes requieren que todos los beneficios principales estén sujetos al deducible.

Con los planes HSA, usted tendrá una cuenta bancaria dedicada y las contribuciones que realice a dicha cuenta son 100% deducibles de impuestos (hasta un máximo) al igual que una cuenta de retiro IRA. Otro beneficio: Los retiros que usted realice de su cuenta HSA para pagar los gastos médicos calificados son libres de impuestos.

Otras diez **ventajas de PacificSource**



Acceso a hospitales y centros de cuidados urgentes altamente calificados



Administración de la atención médica sin costo para padecimientos crónicos



Membresías para el gimnasio a precios módicos a través de Active&Fit Direct™



Recursos prenatales para madres embarazadas



Servicios globales de emergencia de Assist America®



Reembolso de hasta \$150 para clases de salud y bienestar



Ayuda para dejar el tabaco



Descuentos del programa Weight Watchers®



Pedidos de farmacia a domicilio



Línea de Enfermería las 24 Horas del Día sin costo para cualquier duda sobre la salud

Los beneficios adicionales no se consideran como parte del seguro.

Siguientes pasos:



Averigüe si ofrecemos nuestros productos en su condado



Seleccione un plan de salud
(consulte la tabla grande)



Decida si desea la cobertura dental
(consulte la tabla más pequeña)



Obtenga un presupuesto: Póngase en contacto con su agente, llámenos al **855-330-2792** o utilice nuestra herramienta de cotización en línea en PacificSource.com

Estamos aquí para ayudarle.

Es normal tener dudas sobre un tema tan importante como la salud de su familia. Lo entendemos y estaremos encantados de resolver sus dudas por teléfono o por email.

Teléfono: 800-908-8503

Email: CoverageAdvisors@PacificSource.com

PacificSource.com
