



Más allá de lo requerido

Planes de Salud 2023 **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.

Planes de salud que se enfocan en lo importante: **usted, su médico y su comunidad**



Una asociación única sin fines de lucro

PacificSource es diferente. Somos una aseguradora local que trabaja estrechamente 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



Cobertura de telesalud ampliada

Los miembros pueden consultar a un médico sin salir de casa. 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:

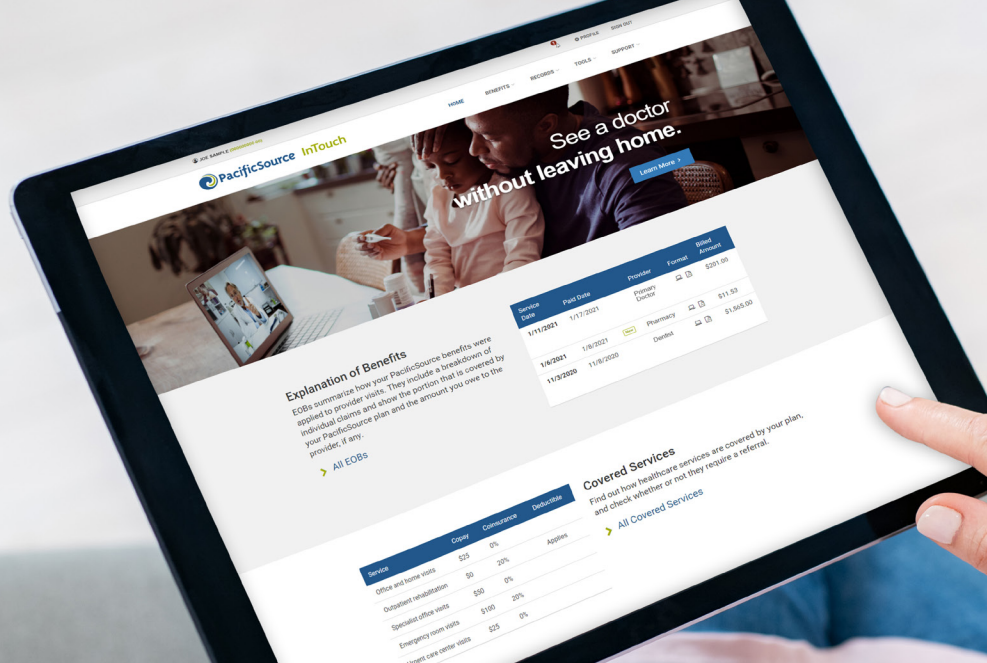
- Cuidados para bebés y niños sanos
- Chequeos anuales
- Consultas prenatales
- Mamografías y colonoscopías preventivas
- Vacunas (inmunizaciones)
- Decenas de medicamentos preventivos—82 más de los que requiere la ley. (Nota: los planes Cascade sólo utilizan la lista de medicamentos estándar de la ACA).



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 con el médico—salud física 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 con nuestro portal de salud y bienestar
- 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 Multicare 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

Navigator es nuestro producto clínicamente integrado. Colaboramos con nuestros miembros y con una red local de proveedores del cuidado de la salud altamente calificados, quienes están enfocados en proporcionar resultados de calidad.

El plan Navigator:

- Lo apoya en su camino hacia una salud óptima
- Valora y promueve su participación en cuestiones del cuidado de la salud
- Le ofrece recursos y herramientas de autocontrol
- Enfatiza la toma de decisiones compartida con los proveedores

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



Coordinación y supervisión de los cuidados



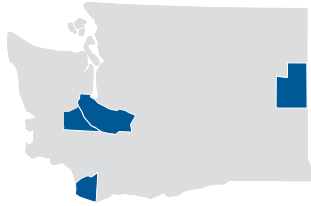
Los médicos y hospitales que usted desea

Nos hemos asociado con prestigiados 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

	DEDUCTIBLE		OUT OF POCKET MAX	
	In-Net.	Out-of-Net.	In-Net.	Out-of-Net.
Medical, Rx, and Vision	\$XXX	\$X,XXX	\$X,XXX	\$XX,XXX

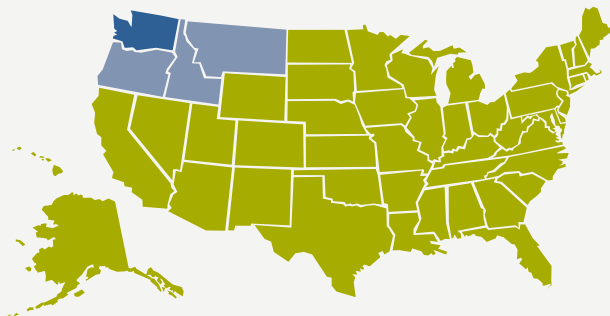
MEDICAL BENEFITS, PRIOR AUTHORIZATION, & ELIGIBILITY:
 Members: 555-555-5555 | CS@PacificSource.com
 Providers: 555-555-5555 | CS@PacificSource.com
DENTAL: 555-555-5555 | Dental@PacificSource.com
24-HOUR NURSELINE: 855-834-6150
PHARMACISTS: 844-834-6150 | Fax 541-225-3665

Verify benefits at InTouch.PacificSource.com
 PacificSource Health Plans | PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068
 This card is not an authorization for services or a guarantee of payment.

OHSUHealth
LEGACY HEALTH
Advantage Dental
First Choice Health
First Health

¿Está usted fuera del noroeste?

Con **Navigator**, su cobertura dentro de la red va con usted gracias a nuestra asociación 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 **49,000** 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 no a través de un empleador.

Fuente: reporte de inscripción mensual, marzo del 2022



2023 Washington | Planes Médicos Individuales y Familiares Navigator

									HSA-QUALIFIED PLAN		WASHINGTON STANDARD PLANS						
		Gold 2000 PD		Silver 3500 PD†		Silver 5000 PD		Bronze 7000 PD		Bronze HSA 7050 PD		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
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	\$7,050 / \$14,100	\$10,000 / \$20,000	\$600 / \$1,200	\$10,000 / \$20,000	\$2,500 / \$5,000	\$10,000 / \$20,000	\$6,000 / \$12,000	\$10,000 / \$20,000
Out-of-Pocket Maximum Individual / Family		\$6,000 / \$12,000	\$25,000 / \$50,000	\$8,600 / \$17,200	\$25,000 / \$50,000	\$7,250 / \$14,500	\$25,000 / \$50,000	\$8,550 / \$17,100	\$25,000 / \$50,000	\$7,050 / \$14,100	\$25,000 / \$50,000	\$5,900 / \$11,800	\$25,000 / \$50,000	\$8,500 / \$17,000	\$25,000 / \$50,000	\$8,550 / \$17,100	\$25,000 / \$50,000
Preventive Services		Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible
Preventive Drug Coverage		Covered in full	90% after deductible	Covered in full	90% after deductible	Covered in full	90% after deductible	Covered in full	90% after deductible	Covered in full	90% after deductible	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					
Office Visits Primary (including behavioral health), Urgent Care, and Specialist		Primary/Urgent: \$20 no deductible	50% after deductible	Primary/Urgent: \$40 no deductible	50% after deductible	Primary/Urgent: \$15 no deductible	50% after deductible	Primary/Urgent: \$35 no deductible	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	Primary: \$15 no deductible Urgent: \$35 no deductible Specialist: \$40 no deductible	50% after deductible	Primary: \$30 no deductible	50% after deductible	Primary: \$50 no deductible Urgent: \$100 no deductible Specialist: \$100 after deductible	50% after deductible
		Specialist: \$40 no deductible		Specialist: \$80 after deductible		Specialist: \$30 no deductible		Specialist: \$50 after deductible				Specialist: \$40 no deductible		Urgent/Specialist: \$65 no deductible			
Telehealth		Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	Covered in full	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	\$15 no deductible	50% after deductible	\$30 no deductible	50% after deductible	\$50 no deductible	50% after deductible
Inpatient hospital		20% after deductible	50% after deductible	35% after deductible	50% after deductible	30% after deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	\$525 no deductible (per day copay, limit 5 copays per stay)	50% after deductible	\$800 after deductible (per day copay, limit 5 copays per stay)	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible
Lab / X-ray		20% after deductible	50% after deductible	35% after deductible	50% after deductible	30% after deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	Lab: \$20 no deductible X-ray: \$30 no deductible	50% after deductible	Lab: \$40 no deductible X-ray: \$65 no deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible
Physical, Occupational, and Speech Therapy Combined 30 visits per benefit period		20% after deductible	50% after deductible	35% after deductible	50% after deductible	30% after deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	\$25 no deductible	50% after deductible	\$40 no deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible
Outpatient Surgery		20% after deductible	50% after deductible	35% after deductible	50% after deductible	30% after deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	\$350 after deductible	50% after deductible	\$600 after deductible	50% after deductible	40% after deductible	50% after deductible
Emergency Services		20% after deductible	20% after deductible	35% after deductible	35% after deductible	30% after deductible	30% after deductible	40% after deductible	40% after deductible	0% after deductible	0% after deductible	\$450 after deductible	\$450 after deductible	\$800 after deductible	\$800 after deductible	40% after deductible	40% after deductible
Chiropractic / Acupuncture Visits per benefit period Chiro: 12 / Acu: 12		\$20 no deductible	50% after deductible	\$40 no deductible	50% after deductible	\$15 no deductible	50% after deductible	\$35 no deductible	50% after deductible	0% after deductible	50% after deductible	\$15 no deductible	50% after deductible	\$30 no deductible	50% after deductible	\$50 no deductible	50% after deductible
Prescription (Rx) Drug Coverage Out-of-network: 30-day max fill, no more than 3 per year		Tier 1: \$15 no deductible Tier 2: \$70 no deductible Tier 3 & 4: 20% no deductible	90% after deductible	Tier 1: \$20 no deductible Tier 2: \$80 no deductible Tier 3 & 4: 35% no deductible	90% after deductible	30% after deductible	90% after deductible	40% after deductible	90% after deductible	0% after deductible	90% after deductible	Tier 1: \$10 no deductible Tier 2: \$60 no deductible Tier 3 & 4: \$100 no deductible	90% after deductible	Tier 1: \$25 no deductible Tier 2: \$75 no deductible Tier 3 & 4: \$250 after deductible	90% after deductible	Tier 1: \$32 no deductible Tier 2, 3, & 4: 40% after deductible	90% after deductible
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	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 35%		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 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		Yes		No		No		No	

**Disponible sólo a través de Washington Healthplanfinder.
†Sólo disponible de forma directa.
Los servicios fuera de la red se cubren hasta el monto permitido. Una vez alcanzado ese monto, los miembros pudieran tener que pagar el saldo facturado. Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-330-2792** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Visite [PacificSource.com](https://www.pacificsource.com) para obtener información detallada o consultar el Resumen de Beneficios de un plan. Ayuda con la accesibilidad: si usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, por favor llámenos al **888-977-9299**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.



Cuidados de la vista para niños

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

Todos nuestros planes médicos incluyen una cobertura visual pediátrica. Esto incluye exámenes de la vista de rutina sin costo alguno al consultar a un médico de la red. Consulte la comparación de planes en la página anterior para obtener más información.

Cobertura dental



La buena salud dental puede llevar a una mejor salud en general. Usted puede:

- Agregar uno de nuestros planes dentales a su plan de salud
- Seleccionar solamente la cobertura dental
- Contratar estos planes durante todo el año, no sólo durante el periodo de inscripciones abiertas

2023 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 younger	\$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	

*Solamente puede contratarse durante el periodo de inscripciones abiertas o un periodo de inscripción especial. Este es un breve resumen. Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura al teléfono **855-330-2792** o al email CoverageAdvisors@PacificSource.com. Para obtener más información, busque los planes individuales y familiares en PacificSource.com. Ayuda con la accesibilidad: si usted necesita ayuda para leer esta tabla o el resto del documento, por favor llámenos al **855-330-2792**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.



Encuentre el plan adecuado



Uno de los factores para elegir un plan será si usted necesita un plan que pueda combinarse con una cuenta de ahorro para la salud (HSA). Estas son algunas cuestiones a considerar.

Todos los planes

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, co-pagos de \$0 en muchos medicamentos preventivos y la mayoría de las vacunas.

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.

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).

Otras diez **ventajas de PacificSource**



Acceso a hospitales y centros de cuidados urgentes altamente calificados



Recursos prenatales para padres o madres embarazadas



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



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



Servicios globales de emergencia de Assist America®



Descuentos del programa Weight Watchers®



Ayuda para dejar el tabaco



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



Pedidos de farmacia a domicilio



Administración de la atención médica sin costo para padecimientos crónicos

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)

Evalúe las opciones e inscríbese:



Póngase en
contacto con su
agente



En línea Shop.
PacificSource.com/
individual



O llámenos al
855-983-8844
TTY: 711

Aceptamos llamadas del
servicio de retransmisión

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

TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Email: CoverageAdvisors@PacificSource.com

PacificSource.com
