



Essential Worker

Healthcare Trust

Delivered by RISE Partnership



Health Insurance Benefit Guide

2025



Your 2025 medical benefits

Affordable, quality care for Oregon's long-term care workers

SEIU 503 and responsible long-term care employers are working together to provide you and your family with excellent health insurance at a low cost to you through the Essential Worker Healthcare Trust (EWHT).

Your new health plan has been designed with the help of long-term care workers, for long-term care workers. The goal is to provide the care you and your family need with:

- Free preventive care
- Free generic drugs
- Low deductible and out-of-pocket maximum

Have questions? We're here to help!

If you have questions about your or your family's enrollment status or required dependent verification documents, email EssentialWorker@RISEpartnership.com or call the EWHT office at (833) 389-0027.

If you have questions about how to enroll, your monthly premium, or your eligibility, please check in with your employer.

If you're already enrolled and looking for more detailed info about your coverage, contact your health plan.

Kaiser Permanente
1-(800)-813-2000
kp.org

Regence
1-(866)-240-9580
regence.com

OptumRx
1-(844) 368-0083
optumrx.com



What's in this booklet:

Choose between two health plans:
Plans at a glance 4-5

Choose between two health plans:
Comparing your options 6-7

Choose between two health plans:
Prescription drug benefit summary 8-9

Who is eligible 10

When to enroll 11

Helpful tips:
Transitioning to a new health plan 12-13

Make the most of your coverage 14-15



Choose between two health plans

Plans at a glance

You have a choice between two health plans: a Health Maintenance Organization (HMO) through Kaiser Permanente or a Preferred Provider Organization (PPO) through the Regence network. If you choose Kaiser Permanente HMO, in most instances, you must use Kaiser healthcare providers for your services to be covered. If you choose Regence PPO, you may see in-network or out-of-network providers, though you'll save money if you choose in-network.

Both plans cover the same kinds of services, with the same costs to you when you need care. How they work is different. The charts on the following pages have information on benefit levels for frequently used services.

Verify Your Enrollment



The EWHT Member Portal is an online tool where you can verify your enrollment, upload and manage dependent verification documents, and access other key benefit documents. Visit EssentialWorkerHealth.org and click on “EWHT Member Portal” to get started!



	Regence PPO In-network providers *	Kaiser Permanente HMO In-network providers *
Annual deductible	\$800 individual/\$1,600 family	\$800 individual/\$1,600 family
Annual max out-of-pocket	\$2,000 individual/\$4,000 family	\$2,000 individual/\$4,000 family
Preventive care	You pay \$0	You pay \$0
Primary care office visit	You pay \$20 per visit	You pay \$5 for the first three visits, \$20 after
Specialist, physical therapy, chiropractic	You pay \$40 per visit	You pay \$40 per visit
Urgent care	You pay \$60 per visit	You pay \$60 per visit
Emergency room	You pay \$160 (waived if admitted to the hospital), then 20% after you meet the deductible	You pay 20% after you meet the deductible
Most other services (such as labs, X-rays, surgery, hospital stays, etc.)	You pay 20% after you meet the deductible	You pay 20% after you meet the deductible

* For more details on the plans, visit our website to view both Regence and Kaiser’s Summary of Benefits and Coverage (SBC). Regence’s SBC will show you your costs for seeing out-of-network providers.

To request a hard copy, contact the EWHT office at (833) 389-0027.

Tip!

If you cover family members, the family deductible will apply. This means that once the combined expenses of all family members reach the family amount, the deductible will be considered met for all family members. The deductible does not apply to prescription drugs, network physician office visits, or network preventive care.



Comparing your options

Regence PPO

PPO – Preferred Provider Organization

A type of health plan that contracts with medical providers, such as hospitals and doctors, to create a network of participating providers. You pay less if you use providers that belong to the plan’s network. You can use doctors, hospitals, and providers outside of the network for an additional cost.

If you’re enrolled in Regence PPO, you can choose to use an in-network provider or an out-of-network provider each time you receive care. The plan gives you access to a comprehensive network of providers in Oregon and across the country.

“Out-of-network” as used in this guide, means providers and facilities that haven’t signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be allowed to bill you for the difference between what your plan pays, and the full amount charged for a service. This is called “balance billing.” This amount is likely more than in-network costs for the same service and will count toward your plan’s out-of-network deductible and out-of-network annual out-of-pocket limit and NOT your in-network deductible or in-network annual out-of-pocket limit.

Besides comprehensive medical and prescription drug coverage, other benefits you will have access to as a Regence PPO plan member include:

MDLIVE: Lets you visit board-certified doctors 24/7 by phone, app, or online video. MDLIVE providers can help treat nonemergency medical and pediatric health issues. They may even write and send prescriptions to a nearby pharmacy (when appropriate). MDLIVE services are available at no cost to you. If prescribed a medication, standard cost shares apply.

Consejeros: Bilingual and bicultural representatives who offer customer service and support if you prefer to speak Spanish when discussing your healthcare and medical coverage.



Kaiser Permanente HMO

If you're enrolled in the Kaiser Permanente HMO, your care often begins with your primary care physician (PCP), who coordinates with other doctors, specialists, and nurses to effectively manage your care. For convenience, most Kaiser Permanente facilities provide one central location for doctor visits, X-rays, lab tests, prescriptions, etc.

If you choose Kaiser Permanente HMO, in most instances, you must use Kaiser healthcare providers for your services to be covered. Kaiser's service area consists of certain geographic areas in the Northwest that are designated by zip code. Kaiser's service area may change. For a complete listing of service area zip codes, visit [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org). Contact Kaiser for details on allowable exceptions when Kaiser would refer you to out-of-network providers and facilities.

For instance, urgent and emergency services are covered at out-of-network facilities.

Access healthcare on the go

Kaiser Permanente offers a host of convenient options for getting care whenever and however you want it.

- Phone – When you have a condition that doesn't require an in-person visit, save yourself a trip to the office by scheduling a call with a Kaiser Permanente doctor.
- Video – Meet face-to-face with a doctor online for convenience and privacy.
- Email – Message your doctor's office at any time with nonurgent health questions. You'll usually get a response within two business days.
- Website – Conveniently schedule (or cancel) appointments, view lab results, refill prescriptions, print vaccination records, or take advantage of health guides and other resources, and more – all conveniently accessible online.
- Mobile – Download the Kaiser Permanente app for up-to-the-minute account access at your fingertips.
- Traveling- When you travel outside your Kaiser Permanente service area, you're covered for emergency and urgent care anywhere in the world.

HMO – Health Maintenance Organization

HMOs have their own network of doctors, hospitals, and other healthcare providers who have agreed to accept payment at a certain level for any services they provide. HMOs often provide coordinated care and focus on prevention and wellness.



Prescription drug benefit summary

Both plans — Regence PPO and Kaiser Permanente HMO — have the same cost to you when you have your prescriptions filled. However, their drug lists — which drugs are “preferred,” which are “non-preferred,” and which are not covered — may vary.

To check how each plan covers your current prescriptions, contact Kaiser Permanente member services (1-800-813-2000 or kp.org) or Regence members can contact OptumRx at (1-844-368-0083 or optumrx.com).

Tier	In-network Retail pharmacy (up to a 30-day supply)	In-network Mail-order pharmacy (90-day supply)
Generic (Tier 1)	You pay \$0	You pay \$0
Preferred brand (Tier 2)	You pay \$30	You pay \$60
Non-preferred brand (Tier 3)	You pay \$80	You pay \$160
Specialty drug	You pay \$100	Not covered

Tip!

Save money with mail order! If you take the same medication(s) each month, you can save money and trips to the pharmacy. You'll only pay for a 60-day supply, but you will receive a 90-day supply.



Optum mail order prescriptions for Regence PPO

With mail-order, your cost for each 90-day supply is:

- Generic drugs: \$0
- Preferred brand: \$60
- Non-preferred brand: \$160

You do not pay for postage unless you request overnight delivery. Here's how to get started:

1. Ask your doctor to prescribe up to a 90-day supply. You may want two prescriptions – a 90-day supply to send to OptumRx and a two-to-three-week supply to fill right away at a retail pharmacy while you wait for delivery.
2. Register for an online account at optumrx.com if you don't already have one. You can complete and submit your prescription order online or call customer service at the phone number on the back of your member ID for assistance.
3. Allow two to three weeks for your initial prescription to be processed and mailed.
4. Refill online, through the OptumRx app, or over the phone.

Mail-order prescriptions for Kaiser Permanente HMO

If you take the same medication(s) every month, you may use mail order to fill those prescriptions. Your copay for each 90-day supply is:

- Generic drugs: \$0
- Preferred brand: \$60
- Non-preferred brand: \$160

Orders are usually processed within 24 hours and shipped to your home within 10 working days. Delivery is free unless you request faster shipping.

To get started, log on to your Kaiser account and click on the Pharmacy tab.

Request refills online, by phone, or by mail.



Who is eligible

Generally, you are eligible if you work 30 hours or more in a workweek and are considered full-time by an EWHT participating employer. Contact your employer to confirm your eligibility. Visit our website's Frequently Asked Questions for a list of participating employers: EssentialWorkerHealth.org/resources/faqs.

Spouse/dependents

Eligible dependents include:

- Your legal spouse
- Your domestic partner, as defined by EWHT
- Your dependent child up to the age of 26
- A disabled adult child, as defined by the EWHT
- A dependent for whom you have a Qualified Medical Child Support Order or National Medical Support Order
- A dependent for whom you have legal guardianship

Dependents must be enrolled with EWHT before their benefits begin. Dependent documentation is required (for example, a marriage certificate for your spouse, or a birth certificate or court documents for your dependent children) within 90 days of a dependent's effective date of coverage. Failure to provide the required documentation for your dependent(s) within the allotted time will result in your dependent(s) not being covered.





When to enroll

Open enrollment

Open enrollment is your once-a-year opportunity to make changes to your coverage choices for any reason. Talk to your employer or visit [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) for up-to-date information about open enrollment.

Making changes during the year

Normally you are not allowed to make changes to your coverage outside of open enrollment, unless you have a qualifying life event such as:

- a change in family status during the year including
 - marriage, divorce, legal separation, starting or terminating a domestic partnership;
 - birth or adoption of a child;
 - death of any dependent;
- if you lose coverage under your spouse's or domestic partner's plan, or a dependent or domestic partner currently not enrolled loses other insurance coverage; or
- moving from part-time to full-time.

This change will be effective the first day of the month following the status change (except newborns, whose coverage will be effective on the date of birth).

If you have a midyear qualifying life event, your employer must notify the Essential Worker Healthcare Trust of changes within 60 days of the event. Please notify your employer early so they have time to submit the change before the 60-day deadline.

To make changes to your coverage, contact your employer.



Helpful tips: Transitioning to a new health plan

When you move from one plan to another, there are a few things to keep in mind to help smooth the way.

Your doctor

If you want to keep your current provider(s), check to make sure they will be in the network of the plan you choose. You will save money if you see in-network providers. Visit your health plan's website to search for in-network providers.

For Kaiser, visit kp.org/locations to find a doctor. Look for doctors that accept the Kaiser Classic plan.

For Regence, visit regence.com to find a doctor. Look for doctors that accept the preferred network.

More health plan information and the Summary of Benefits and Coverage (SBC) for each plan are available at EssentialWorkerHealth.org. To request a hard copy, contact the EWHT office at (833) 389-0027.

New member ID cards

- Everyone enrolled in an EWHT plan will receive a new member ID card. Please keep this card with you and show it to providers and at the pharmacy.
- If you need care before your new ID card arrives, call member services for your health plan.

Kaiser Permanente
1-(800)-813-2000
kp.org

Regence
1-(866)-240-9580
regence.com

OptumRx
1-(844) 368-0083
optumrx.com



Previous expenses

Any services you receive prior to your first date of coverage by EWHT will be paid by your previous plan, even if the bills arrive after your new plan starts. Contact your previous health plan with any questions about those claims.

Plan year

Plan coverage operates on a calendar year basis. Your annual deductible and out-of-pocket maximum will reset on January 1, 2025, even if your current plan year does not run with the calendar year.

Prescriptions

Your prescription drug information will not be transferred to the new plan. That means you will need to:

- **Make sure you have enough.** Be sure to refill your current medications so you have enough to last while you get new prescriptions and/or get mail order set up under your new coverage.
- **Watch for your new card.** You'll get a new member ID card with both medical AND prescription drug coverage information. When you fill a prescription, use your new ID card.
- **Check the new preferred drug list.** Check your new plan's covered drug list (also called a drug formulary) to be sure you know how your prescription will be covered.
- **Get preauthorization (if needed).** Some prescriptions require preauthorization, which is preapproval from your health plan before you can receive this prescription. Your provider will work with your health plan, which may delay your prescription being filled.





Make the most of your coverage

Preventive care is free to you

Covered preventive care received from in-network providers is paid in full by either health plan option – no deductible, no copay. Before you go, be sure to check which preventive care services are covered by your plan. Visit your health plan website for a list of covered preventive services and immunizations, along with age guidelines.

Kaiser Permanente: kp.org

Regence: regence.com

Benefit tip

Keep in mind, if you go in for preventive care but then talk to your doctor about other issues, you have just changed the visit from 100% covered preventive care to a regular office visit with a copay. Doctors must provide codes to the health plan for all the services they provide. If there's a code for something other than preventive care, you will be charged.

For example: John goes to his primary care provider for an annual preventive physical. This service would be covered at 100%. However, during the visit, John brings up a pain he has started having in his knee. His doctor sends him for an X-ray. John now has to pay \$20 for the office visit plus 20% of the charges for the X-ray.

Advantages of choosing a primary care provider (PCP)

A primary care provider (PCP) sees patients for common things like colds and flu, headaches, back pain, etc. They also manage chronic conditions like high blood pressure, diabetes, anxiety, and depression. They can refer you to a specialist if you have a health issue that falls outside their scope. Having a PCP is a great way to keep your care coordinated. They can also help you track your health from year to year and prevent expensive ER visits.



Save with network providers

KAISER

If you are enrolled in the Kaiser Permanent HMO, you must use Kaiser Permanente providers except in an emergency.

REGENCE

If you are enrolled in the Regence PPO, you have a choice each time you get care – choose an in-network provider or an out-of-network provider. Using in-network providers helps you manage your costs in two ways:

1. When you receive services from in-network providers, the plan pays a larger portion of the cost for most services than it does for out-of-network services – so, you generally pay less out of pocket.
2. In-network providers will not charge more than the “allowable charge.” The allowable charge is the discounted rate Regence has negotiated with their Preferred Network providers. You save money by using an in-network provider.

When you use out-of-network providers, you may pay more in two ways:

1. Generally, the plan pays a smaller portion of the allowable charge for most out-of-network services – so, you generally pay more out of pocket. The amount the plan pays is based on the usual, customary, and reasonable (UCR) charge, not necessarily what your provider charges.
2. In addition, you will have to pay 100% of any amount above the UCR charge if your out-of-network provider charges you more than the UCR charge.





Essential Worker

Healthcare Trust

Delivered by RISE Partnership

We're here to help!

Visit EssentialWorkerHealth.org

email EssentialWorker@RISEpartnership.com

or call (833) 389-0027 weekdays, 8 a.m-5 p.m.

We've got you covered!



Essential Worker

Healthcare Trust

Patrocinado por RISE Partnership



Guía de beneficios del seguro médico

2025



Sus beneficios médicos para el 2025

Atención asequible y de calidad para los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo de Oregón

SEIU 503 y los (las) empleadores(as) responsables de la atención a largo plazo trabajan juntos(as) para proporcionarle un seguro médico excelente a usted y a su familia, a bajo costo, a través del Fideicomiso de Atención Médica para Essential workers (trabajadores imprescindibles, por su sigla en inglés EWHT).

Su nuevo plan médico fue diseñado con la ayuda de los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo, en beneficio de los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo. La meta es proporcionar la atención que usted y su familia necesitan por medio de:

- Cuidado preventivo gratuito
- Medicamentos genéricos gratuitos
- Deducible bajo y gastos máximos por cuenta propia

¿Tiene preguntas? ¡Estamos aquí para ayudar!

Si tiene preguntas sobre el estado de su inscripción o el de su familia, o sobre los documentos de verificación que se exige a los dependientes, envíe un correo electrónico a EssentialWorker@RISEpartnership.com, o llame a la oficina de EWHT al (833) 389-0027.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse, su prima mensual o su elegibilidad, consulte con su empleador(a).

Si ya está inscrito(a) y busca información más detallada sobre su cobertura, comuníquese con su plan médico.

Kaiser Permanente
1 (800) 813-2000
kp.org

Regence
1 (866) 240-9580
regence.com

OptumRx
1 (844) 368-0083
optumrx.com



Qué contiene este folleto:

Elija entre dos planes médicos: resumen de los planes	4-5
Elija entre dos planes médicos: comparación de opciones	6-7
Elija entre dos planes médicos: Resumen de beneficios de los medicamentos recetados	8-9
Quién es elegible	10
Cuándo inscribirse	11
Consejos útiles: cómo realizar la transición a un nuevo plan médico	12-13
Cómo aprovechar al máximo su cobertura	14-15



Elija entre dos planes médicos

Resumen de los planes

Puede elegir entre dos planes médicos: una Organización para el Mantenimiento de la Salud (por su sigla en inglés HMO) a través de Kaiser Permanente o una Organización de Proveedores Preferidos (por su sigla en inglés PPO) a través de la red de Regence. Si elige la HMO de Kaiser Permanente, en la mayoría de los casos, debe utilizar los (las) proveedores(as) de atención médica de Kaiser para que sus servicios estén cubiertos. Si elige la PPO de Regence, puede consultar a proveedores(as) dentro o fuera de la red, aunque ahorrará dinero si elige dentro de la red.

Ambos planes cubren los mismos tipos de servicios y tienen los mismos costos para usted cuando necesite atención. Sin embargo, su funcionamiento es diferente. Los cuadros de las páginas siguientes contienen información sobre los niveles de beneficios de los servicios más frecuentes.

Verifique su inscripción



El EWHT Member Portal (Portal para miembros de EWHT) es una herramienta en línea donde puede verificar su inscripción, cargar y gestionar los documentos de verificación de dependientes y acceder a otros documentos clave sobre los beneficios. Visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) y haga clic en “EWHT Member Portal” (Portal para miembros de EWHT) para empezar.



	PPO de Regence Proveedores(as) dentro de la red *	HMO de Kaiser Permanente Proveedores(as) dentro de la red *
Deducible anual	\$800 individual/\$1,600 familiar	\$800 individual/ \$1,600 familiar
Gastos máximos anuales por cuenta propia	\$2,000 individual/\$4,000 familiar	\$2,000 individual/ \$4,000 familiar
Cuidado preventivo	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Visita al consultorio de atención primaria	Usted paga \$20 por visita	Usted paga \$5 por las tres primeras visitas, \$20 después
Copago por especialista, terapia física y quiropráctica	Usted paga \$40 por visita	Usted paga \$40 por visita
Atención de urgencias	Usted paga \$60 por visita	Usted paga \$60 por visita
Sala de emergencias	Usted paga \$160 (se exonera si es hospitalizado[a]), luego paga el 20 % una vez que alcance el deducible	Usted paga el 20 % una vez que alcance el deducible
Otros servicios (como exámenes de laboratorio y radiografías, cirugía, hospitalización, etc.)	Usted paga el 20 % una vez que alcance el deducible	Usted paga el 20 % una vez que alcance el deducible

* Para obtener más información sobre los planes, visite nuestro sitio web para consultar el Resumen de Beneficios y Cobertura (por su sigla en inglés SBC) tanto de Regence como de Kaiser. El SBC de Regence le mostrará sus costos por acudir a proveedores(as) fuera de la red.

Para solicitar una copia impresa, comuníquese con la oficina de EWHT al (833) 389-0027.

¡Consejo!

Si incluye en la cobertura a sus familiares, se aplicará el deducible familiar. Esto significa que una vez que los gastos combinados de todos(as) los (las) familiares alcancen el monto familiar, el deducible se considerará alcanzado para todos(as) los (las) familiares. El deducible no se aplica a los medicamentos recetados, a las consultas médicas dentro de la red ni al cuidado preventivo dentro de la red.



Comparación de opciones

PPO de Regence

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Tipo de plan médico que contrata a proveedores(as) médicos(as), como hospitales y médicos(as), para crear una red de proveedores(as) participantes. Usted paga menos si utiliza los (las) proveedores(as) que pertenecen a la red del plan. Puede recurrir a médicos(as), hospitales y proveedores(as) fuera de la red por un costo adicional.

Si está inscrito(a) en la PPO de Regence, puede elegir utilizar un (una) proveedor(a) dentro de la red o un (una) proveedor(a) fuera de la red cada vez que reciba atención. El plan le da acceso a una amplia red de proveedores(as) en Oregón y en todo el país.

“Fuera de la red”, tal y como se utiliza en esta guía, significa proveedores(as) y centros que no han firmado un contrato con su plan médico para prestarle servicios. Los (las) proveedores(as) fuera de la red pueden estar autorizados(as) a facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “facturación del saldo”. Es probable que este monto sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio, y contará para el deducible fuera de la red y el límite anual de gastos por cuenta propia fuera de la red de su plan, y NO para el deducible dentro de la red o el límite anual de gastos por cuenta propia dentro de la red.

Además de la cobertura médica integral y de medicamentos con receta, usted tendrá acceso a otros beneficios como miembro del plan de la PPO de Regence:

MDLIVE: le permite consultar a médicos(as) certificados(as) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono, mediante la aplicación o por video en línea. Los (las) proveedores(as) de MDLIVE pueden ayudarlo(a) a tratar problemas de salud y pediátricos que no son de emergencia. Incluso pueden emitir y enviar recetas a una farmacia cercana (si es necesario). Los servicios de MDLIVE están disponibles sin ningún costo. Si se le receta un medicamento, se aplicarán los costos compartidos estándar.

Consejeros(as): representantes bilingües y biculturales que ofrecen servicio de atención al (a la) usuario(a) y apoyo si prefiere hablar en español sobre su atención y cobertura médica.



HMO de Kaiser Permanente

Si usted está inscrito(a) en la HMO de Kaiser Permanente, su atención suele comenzar con su médico(a) de atención primaria (por su sigla en inglés PCP), quien coordina con otros(as) médicos(as), especialistas y enfermeros(as) el manejo eficaz de su atención. Para facilitar la atención, la mayoría de los centros de Kaiser Permanente ofrecen un centro único para las consultas médicas, las radiografías, los exámenes de laboratorio, los medicamentos recetados, etc.

Si elige la HMO de Kaiser Permanente, en la mayoría de los casos, debe utilizar los (las) proveedores(as) de atención médica de Kaiser para que sus servicios estén cubiertos. El área de servicios de Kaiser consiste en ciertas zonas geográficas del noroeste que se designan por código postal. Esta área puede cambiar. Para obtener una lista completa de los códigos postales del área de servicios, visite EssentialWorkerHealth.org. Comuníquese con Kaiser para obtener detalles sobre las excepciones permitidas cuando Kaiser lo remita a proveedores(as) y centros fuera de la red. Por ejemplo, los servicios de urgencia y emergencia están cubiertos en los centros fuera de la red.

Acceso a atención médica desde cualquier lugar

Kaiser Permanente ofrece una gran cantidad de opciones convenientes para obtener atención cuando y como usted quiera.

- Teléfono: cuando tenga una afección que no requiera una consulta presencial, ahórrese el desplazamiento hasta el consultorio programando una llamada con un (una) médico(a), de Kaiser Permanente.
- Video: reúnase directamente con un (una) médico(a) en línea para mayor comodidad y privacidad.
- Correo electrónico: envíe un mensaje al consultorio de su médico(a) en cualquier momento si tiene preguntas de salud no urgentes. Normalmente recibirá respuesta en un plazo de dos días hábiles.
- Sitio web: programe (o cancele) cómodamente sus citas, vea los resultados de los exámenes de laboratorio, realice la reposición de los medicamentos recetados, imprima los registros de vacunación o utilice las guías de salud y otros recursos, y mucho más, todo de forma práctica en línea.
- Teléfono móvil: descargue la aplicación de Kaiser Permanente para tener acceso a su cuenta en todo momento y al alcance de su mano.
- Viajes: cuando viaje fuera de su área de servicio de Kaiser Permanente, está cubierto(a) para recibir atención de emergencia y de urgencia en cualquier parte del mundo.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Las HMO tienen su propia red de médicos(as), hospitales y otros(as) proveedores(as) de atención médica que han acordado aceptar el pago de un determinado nivel por los servicios que prestan. Las HMO suelen ofrecer una atención coordinada y se centran en la prevención y el bienestar.



Resumen de beneficios de los medicamentos recetados

Ambos planes (PPO de Regence y HMO de Kaiser Permanente) tienen el mismo costo para usted cuando obtiene sus medicamentos recetados. Sin embargo, sus listas de medicamentos (preferidos, no preferidos y no cubiertos) pueden variar.

Para consultar el modo en que cada plan cubre sus medicamentos recetados, comuníquese con los Member Services (Servicios para los Miembros) de Kaiser Permanente (1-800-813-2000 o kp.org), o los (las) miembros de Regence pueden comunicarse con OptumRx al 1-844-368-0083 o en optumrx.com.

Nivel	Farmacia minorista dentro de la red (suministro para 30 días como máximo)	Farmacia que solicita por correo postal dentro de la red (suministro para 90 días)
Genéricos (nivel 1)	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Marca preferida (nivel 2)	Usted paga \$30	Usted paga \$60
Marca no preferida (nivel 3)	Usted paga \$80	Usted paga \$160
Medicamentos especializados	Usted paga \$100	No cubierto

¡Consejo!

¡Ahorre dinero con el servicio de órdenes de medicamentos por correo postal! Si usted toma los mismos medicamentos todos los meses, puede ahorrar dinero y evitar desplazamientos a la farmacia. Solo pagará por un suministro para 60 días, pero recibirá un suministro para 90 días.



Órdenes de medicamentos recetados por correo postal de Optum para la PPO de Regence

Con las órdenes de medicamentos recetados por correo postal, su costo para cada suministro de 90 días es:

- Medicamentos genéricos: \$0
- Marca preferida: \$60
- Marca no preferida: \$160

No tiene que pagar los gastos de envío a menos que solicite la entrega inmediata. A continuación le explicamos cómo empezar:

1. Pídale a su médico(a) que le prescriba un suministro para 90 días como máximo. Es posible que quiera dos recetas: un suministro para 90 días que enviará a OptumRx y un suministro para dos o tres semanas que podrá obtener de inmediato en una farmacia minorista mientras espera la entrega.
2. Si aún no tiene una cuenta en línea, regístrese en optumrx.com. Puede completar y enviar su orden de medicamentos recetados en línea o llamar al Customer Service (Atención al Usuario) al número de teléfono que aparece en el respaldo de su identificación de miembro para obtener ayuda.
3. Espere entre dos y tres semanas para que su orden de medicamentos recetados inicial sea procesada y enviada por correo.
4. Realice la reposición en línea a través de la aplicación OptumRx o por teléfono.

Órdenes de medicamentos recetados por correo postal para la HMO de Kaiser Permanente

Si usted toma los mismos medicamentos todos los meses, podrá utilizar el servicio de órdenes por correo postal para obtener los medicamentos recetados. Su copago por cada suministro de 90 días es:

- Medicamentos genéricos: \$0
- Marca preferida: \$60
- Marca no preferida: \$160

Las órdenes generalmente se procesan dentro de 24 horas y se envían a su casa dentro de 10 días hábiles. La entrega es gratuita a menos que solicite un envío más rápido.

Para empezar, inicie sesión en su cuenta de Kaiser y haga clic en la pestaña “Pharmacy” (Farmacia).

Solicite las reposiciones en línea, por teléfono o por correo postal.



Quién es elegible

Por lo general, usted es elegible si trabaja 30 horas o más en una semana laboral y un (una) empleador(a) participante de EWHT lo (la) considera a tiempo completo. Comuníquese con su empleador(a) para confirmar su elegibilidad. Visite la sección “Preguntas frecuentes” de nuestro sitio web para consultar la lista de empleadores(as) participantes: EssentialWorkerHealth.org/resources/faqs.

Cónyuge/dependientes

Los (las) dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legal
- Su pareja de hecho, según lo define EWHT
- Su hijo(a) dependiente hasta los 26 años
- Un (una) hijo(a) adulto(a) discapacitado(a), según lo define EWHT
- Un (una) dependiente para el (la) que tenga una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil o una Orden de Apoyo Médico a Nivel Nacional
- Un (una) dependiente del (de la) que tenga la tutela legal

Se deben inscribir a los (las) dependientes en EWHT antes de que sus beneficios comiencen. Es necesaria la documentación de los (las) dependientes (por ejemplo, certificado de matrimonio para su cónyuge, o certificado de nacimiento o documentos judiciales para sus hijos[as] dependientes) dentro de los 90 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su dependiente. Si no proporciona la documentación requerida para su (sus) dependiente(s) dentro del plazo establecido, su (sus) dependiente(s) no estará(n) cubierto(as).





Cuándo inscribirse

Inscripción abierta

La inscripción abierta es la oportunidad que tiene una vez al año para hacer cambios en sus opciones de cobertura por cualquier motivo. Hable con su empleador(a) o visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) para encontrar información actualizada sobre la inscripción abierta.

Cómo realizar cambios durante el año

Normalmente, no está permitido realizar cambios en su cobertura fuera del período de inscripción abierta, salvo que se produzca un evento calificado, como por ejemplo:

- un cambio en su situación familiar durante el año, incluyendo:
 - » matrimonio, divorcio, separación legal, inicio o finalización de una relación de pareja de hecho;
 - » nacimiento o adopción de un (una) hijo(a);
 - » fallecimiento de un (una) dependiente; o
- si pierde la cobertura del plan de su cónyuge o pareja de hecho, o una persona dependiente o pareja de hecho que no esté inscrita actualmente pierde otra cobertura de seguro;
- cambio de jornada de medio tiempo a tiempo completo

Este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al cambio de situación (excepto en el caso de los [las] recién nacidos[as], cuya cobertura entrará en vigencia en la fecha de nacimiento).

Si se produce un evento calificado a mitad de año, su empleador(a) deberá notificar los cambios al Fideicomiso de Atención Médica para Essential Workers (Trabajadores Imprescindibles) en un plazo de 60 días contados a partir de la ocurrencia. Notifique a su empleador(a) con antelación para que tenga tiempo de presentar el cambio antes de la fecha límite de 60 días.

Para realizar cambios en su cobertura, comuníquese con su empleador(a).



Consejos útiles: cómo realizar la transición a un nuevo plan médico

Al realizar la transición de un plan a otro, se deben tener en cuenta algunos aspectos que lo (la) ayudarán durante el proceso.

Su médico(a)

Si quiere seguir acudiendo a sus actuales proveedores(as), compruebe que estén dentro de la red del plan que elija. Ahorrará dinero si consulta a proveedores(as) dentro de la red. Visite el sitio web de su plan médico para buscar proveedores(as) dentro de la red.

Para Kaiser, visite kp.org/locations para buscar a un (una) médico(a). Busque médicos(as) que acepten el plan Kaiser Classic.

Para Regence, visite regence.com para buscar a un (una) médico(a). Busque médicos(as) que acepten la red preferida.

Puede encontrar más información sobre el plan médico y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) de cada plan en EssentialWorkerHealth.org. Para solicitar una copia impresa, comuníquese con la oficina de EWHT al (833) 389-0027.

Nuevas tarjetas de identificación de miembro

- Todas las personas inscritas en un plan de EWHT recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro. Lleve esta tarjeta siempre con usted y preséntela a los (las) proveedores(as) y en la farmacia.
- Si necesita atención antes de que reciba su nueva tarjeta de identificación, llame a los Member Services (Servicios para los Miembros) de su plan médico.

Kaiser Permanente
1 (800) 813-2000
kp.org

Regence
1 (866) 240-9580
regence.com

OptumRx
1 (844) 368-0083
optumrx.com



Gastos previos

Todos los servicios que reciba antes de la primera fecha de cobertura del EWHT serán pagados por su plan anterior, incluso si las facturas llegan después de que comience su nuevo plan. Si tiene alguna duda sobre esas reclamaciones, comuníquese con su anterior plan médico.

Año del plan

La cobertura del plan corresponde al año calendario. Su deducible anual y los gastos máximos por cuenta propia se restablecerán el 1.º de enero del 2025, incluso si su año del plan actual no coincide con el año calendario.

Medicamentos recetados

La información sobre sus medicamentos recetados no se transferirá al nuevo plan. Eso significa que tendrá que:

- **Asegurarse de que tiene medicamentos suficientes.** Asegúrese de realizar la reposición de sus medicamentos actuales para que tenga una cantidad suficiente mientras obtiene los nuevos medicamentos recetados y/o se prepara el pedido por correo postal según su nueva cobertura.
- **Estar atento(a) a su nueva tarjeta.** Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro con información sobre la cobertura médica y la cobertura de medicamentos con receta. Cuando adquiera sus medicamentos recetados, utilice su nueva tarjeta de identificación.
- **Consultar la nueva lista de medicamentos preferidos.** Consulte la lista de medicamentos cubiertos de su nuevo plan (también llamada vademécum de medicamentos) para asegurarse de que sabe cómo se cubrirán sus medicamentos recetados.
- **Obtener una autorización previa (si es necesario).** Algunas recetas requieren autorización previa, es decir, la aprobación previa de su plan médico antes de que usted pueda recibir este medicamento recetado. Su proveedor(a) colaborará con su plan médico, lo que puede retrasar el surtido de su medicamento recetado.





Cómo aprovechar al máximo su cobertura

El cuidado preventivo es gratuito para usted

El cuidado preventivo cubierto que reciba a través de los (las) proveedores(as) dentro de la red es pagado en su totalidad por cualquiera de las opciones del plan médico, sin deducible, sin copago. Antes de acudir, asegúrese de consultar qué servicios de cuidado preventivo están cubiertos por su plan. Para ver la lista de servicios preventivos e inmunizaciones cubiertos, así como las pautas de edad, visite el sitio web de su plan médico.

Kaiser Permanente: kp.org

Regence: regence.com

Consejo sobre los beneficios

Tenga en cuenta que si acude a la consulta de cuidado preventivo, pero luego habla con su médico(a) sobre otros temas, la consulta pasará de ser un servicio de cuidado preventivo cubierto al 100 % a una consulta normal con un copago. Los (las) médicos(as) deben proporcionar códigos al plan médico para todos los servicios que prestan. Si hay un código correspondiente a un servicio distinto del cuidado preventivo, se le cobrará.

Por ejemplo: John consulta a su proveedor(a) de atención primaria para que le haga un chequeo preventivo anual. Este servicio estaría cubierto al 100 %. Sin embargo, durante la consulta, John le comenta sobre un dolor que ha empezado a tener en la rodilla. El (la) médico(a) le manda a hacer una radiografía. John tiene que pagar \$20 por la consulta más el 20 % de los gastos de la radiografía.

Ventajas de elegir un (una) proveedor(a) de atención primaria (PCP)

Un (una) proveedor(a) de atención primaria (PCP) trata a los (las) pacientes por afecciones comunes como los resfriados y la gripe, los dolores de cabeza, el dolor de espalda, etc. Así mismo, se encargan de tratar enfermedades crónicas como la presión arterial alta, la diabetes, la ansiedad y la depresión. En caso de que tenga un problema de salud que no sea de su competencia, puede remitirlo(a) a un (una) especialista. Tener un PCP es una excelente manera de mantener su atención coordinada. También puede ayudarlo(a) a hacer un seguimiento de su salud de un año a otro y evitar costosas visitas a urgencias.



Ahorre con los (las) proveedores(as) dentro de la red

KAISER

Si está inscrito(a) en la HMO de Kaiser Permanente, debe utilizar los (las) proveedores(as) de Kaiser Permanente, excepto en caso de emergencia.

REGENCE

Si está inscrito(a) en la PPO de Regence, puede elegir cada vez que reciba atención médica: elija a un (una) proveedor(a) dentro de la red o a un (una) proveedor(a) fuera de la red. Utilizar proveedores(as) dentro de la red lo (la) ayuda a administrar sus costos de dos maneras:

1. Cuando recibe servicios de proveedores dentro de la red, el plan paga la parte más cuantiosa del costo de la mayoría de los servicios, a diferencia de los servicios fuera de la red; es decir, en general, usted paga menos por cuenta propia.
2. Los (las) proveedores(as) dentro de la red no cobrarán más que el “cargo permitido”. El cargo permitido es la tarifa con descuento que Regence ha negociado con sus proveedores(as) dentro de la red preferida. Ahorrará dinero si recurre a un (una) proveedor(a) dentro de la red.

Cuando utiliza proveedores(as) fuera de la red, puede pagar más de dos maneras:

1. Por lo general, el plan paga una parte menor de los gastos permitidos para la mayoría de los servicios fuera de la red; es decir, en general, usted paga más por cuenta propia. El monto que paga el plan se basa en los cargos usuales, acostumbrados y razonables (por su sigla en inglés UCR), pero no necesariamente en lo que cobra su proveedor(a).
2. Además, tendrá que pagar el 100 % de cualquier monto que supere el cargo UCR si su proveedor(a) fuera de la red le cobra más que el cargo UCR.





Essential Worker

Healthcare Trust

Patrocinado por RISE Partnership

¡Estamos aquí para ayudar!

Visite EssentialWorkerHealth.org

Envíe un correo electrónico a EssentialWorker@RISEpartnership.com

o llame al (833) 389-0027 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

¡Lo (la) tenemos cubierto(a)!