



Essential
Worker

Healthcare Trust

Delivered by RISE Partnership



Opciones de cobertura del seguro médico

2027

Sus beneficios médicos para el 2027

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 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 asequibles
- 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 les exigen a los (las) dependientes, envíe un correo electrónico a EssentialWorker@RISEpartnership.com, o llame a la oficina del EWHT al 1-(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

Optum Rx

1-(844)-368-0083

optumrx.com

Qué contiene este folleto:

Elija entre 2 planes médicos:

Resumen de los planes 4-5

Elija entre 2 planes médicos:

Comparación de opciones 6-7

Elija entre 2 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 2 planes médicos

Resumen de los planes

Tiene la opción de elegir entre 2 planes médicos:

- **Kaiser Permanente** - Kaiser Permanente ofrece el plan de la Organización de Proveedores Exclusivos (por su sigla en inglés EPO). Con un plan de la EPO, usted debe recurrir a médicos(as), hospitales y clínicas de Kaiser Permanente para recibir atención cubierta por el plan. Si recibe atención médica que no es de emergencia fuera de la red de Kaiser Permanente, el plan no cubrirá el costo.
- **Regence** - Regence ofrece un plan de la Organización de Proveedores Preferidos (por su sigla en inglés PPO). Usted puede acudir a proveedores(as) dentro de la red (también conocidos(as) como proveedores(as) preferidos(as)) o a proveedores(as) fuera de la red. En general, usted paga menos cuando utiliza los (las) proveedores(as) 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.

Año del plan

La cobertura del plan corresponde al año calendario. El 1.º de enero su deducible anual y el máximo de gastos por cuenta propia se reiniciarán.

	PPO de Regence Proveedores(as) dentro de la red	EPO de Kaiser Permanente Proveedores(as) dentro de la red
Deducible anual	\$1,000 individual/\$2,000 familiar	\$1,000 individual/\$2,000 familiar
Gastos máximos anuales por cuenta propia	\$2,800 individual/\$5,600 familiar	\$2,800 individual/\$5,600 familiar

Si cubre a un (una) familiar bajo su plan de salud, cada uno tendrá su propio deducible individual. Cada vez que un (una) familiar paga por su deducible individual, esa cantidad también se suma al deducible familiar general.

Una vez que se alcanza el monto del deducible familiar, su plan médico comenzará a cubrir parte de los costos de los servicios médicos para todos los (las) familiares cubiertos. El deducible no se aplica a los medicamentos recetados de las farmacias dentro de la red, a las consultas médicas, los exámenes de laboratorio, radiografías dentro de la red ni al cuidado preventivo dentro de la red.

¡Consejo!

	PPO de Regence Proveedores(as) dentro de la red *	EPO de Kaiser Permanente Proveedores(as) dentro de la red *
Cuidado preventivo	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.
Visita al consultorio de atención primaria y de salud del comportamiento	Usted paga \$5 por las primeras 3 visitas ambulatorias (en cualquier combinación). Las visitas adicionales tienen un costo de \$30 cada una.	Usted paga \$5 por las primeras 3 visitas ambulatorias (en cualquier combinación). Las visitas adicionales tienen un costo de \$30 cada una.
Especialista, terapia física	Usted paga \$50 por visita.	Usted paga \$50 por visita. La terapia física está limitada a 40 visitas por año.
Atención de urgencias	Usted paga \$70 por visita.	Usted paga \$70 por visita.
Sala de emergencias	Usted paga \$250 (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.
Exámenes de laboratorio y radiografías	Usted paga el 20 %.	Usted paga el 20 %.

Beneficios adicionales

	PPO de Regence Proveedores(as) dentro de la red *	EPO de Kaiser Permanente Proveedores(as) dentro de la red *
Quiropráctica, manipulaciones de columna	Usted paga \$50 por visita.**	Usted paga \$50 por visita, limitado a 20 visitas por año.
Acupuntura, terapia de masaje	Usted paga \$50 por visita. **	Usted paga \$50 por visita, limitado a 12 visitas por año.
La mayoría de los demás servicios (como pruebas de diagnóstico por imágenes, cirugías, hospitalizaciones, 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 muestra sus costos por acudir a proveedores(as) fuera de la red. Para solicitar una copia impresa, comuníquese con la oficina del EWHT al 1-(833)-389-0027.

** Para los servicios de acupuntura, manipulaciones de columna y terapia de masaje dentro de la red de Regence, se limita a 36 visitas combinadas por año.



Comparación de opciones

Regence BlueCross BlueShield of Oregon

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

Las PPO celebran contratos con 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 (conocidos[as] como proveedores[as] preferidos[as]). Puede recurrir a médicos(as), hospitales y proveedores(as) fuera de la red por un costo adicional.

Este plan es perfecto para los (las) miembros que valoran la libertad para elegir y la flexibilidad. Consulte con médico(as) o especialistas sin necesidad de una remisión. Acceda a una extensa red nacional y ahorre al máximo utilizando los (las) proveedores(as) preferidos(as). Si es necesario, también puede acudir a proveedores(as) fuera de la red, lo cual le da el control sobre su proceso de atención médica.

Programe la atención de rutina directamente con su proveedor(a); no necesita una autorización previa. ¿Necesita un (una) especialista? Diríjase por su cuenta, sin necesidad de una remisión de un (una) médico(a), para tener acceso directo a la atención. Tiene la flexibilidad de acudir a proveedores(as) fuera de la red, pero pagará menos con los (las) proveedores(as) preferidos(as).

Recibir la atención es simple. Utilice la herramienta "Find a doctor" (Encontrar un [una] médico[a]) en [regence.com](https://www.regence.com) para buscar proveedores(as) de atención primaria, especialistas, atención virtual u hospitales. También puede llamar a Customer Service (Atención al Usuario) de Regence para solicitar ayuda con la programación de las citas. Aunque elegir un (una) proveedor(a) de atención primaria es opcional, se lo recomendamos hacerlo para obtener una atención coordinada.

- **Coordinación de la atención y apoyo:** Obtenga ayuda individual de coordinadores(as) de atención experimentados(as), quienes lo (la) ayudarán a afrontar situaciones médicas difíciles y a entender el sistema de atención médica.
- **Idioma y accesibilidad:** Los materiales están disponibles en inglés y español. Acceda a servicios de interpretación en 410 idiomas.
- **Atención digital y virtual:** Acceda a visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con un copago de \$0 a través de MDLIVE para recibir atención conveniente desde el hogar.

Si tiene preguntas este plan, llame a:

Regence BlueCross BlueShield of Oregon al 1-(866)-240-9580.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO)

Las EPO tienen una red de médicos(as), especialistas y hospitales que aceptan montos de pago previamente acordados por sus servicios. Proporcionan atención coordinada, se centran en la prevención y el bienestar, y coordinan las remisiones especializadas.

Este plan es una opción ideal para los (las) miembros que prefieren recibir atención coordinada dentro de una red definida de proveedores(as). Reciba una atención integrada, tanto presencial como virtual, conectada a un registro médico electrónico que le brinda un panorama completo de su historial de salud, tratamientos y medicamentos.

Puede seleccionar o cambiar su proveedor(a) de atención primaria (por su sigla en inglés PCP) en cualquier momento. Su PCP coordina las remisiones especializadas. Llame a los Member Services (Servicios para los Miembros) para recibir ayuda en la elección de un (una) PCP. Consulte la información de los (las) médicos(as) en kp.org/locations, que incluye idiomas, género, cultura, especialidades, educación y declaraciones personales, para ayudarle a encontrar la opción ideal.

- **Coordinación de la atención y apoyo:** La atención presencial está disponible en muchos lugares con consultas el mismo día, el día siguiente, después del horario atención y los fines de semana. Su PCP orienta la atención de rutina, el apoyo en salud mental y las remisiones tanto a programas que coordinan la atención como a especialistas de afecciones crónicas.
- **Idioma y accesibilidad:** Proporcionamos Language Services (Servicios de Apoyo con el Idioma) de forma gratuita, tales como intérpretes calificados(as) e información traducida en la mayoría de los idiomas. También brindamos modificaciones razonables, así como dispositivos y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para personas con discapacidades.
- **Atención digital y virtual:** Atención y asesoría virtual por teléfono, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; consultas telefónicas y por video para recibir atención primaria/de rutina y atención especializada; consultas electrónicas, asesoría personalizada y envío seguro de mensajes con su equipo de atención; y recursos para el autocuidado, la salud mental y el bienestar disponibles sin costo en kp.org.

Si tiene preguntas este plan, llame a:

Member Services (Servicios para los Miembros) de Kaiser Permanente al 1-(800)-813-2000.

Resumen de beneficios de los medicamentos recetados

Con ambos planes (PPO de Regence y EPO de Kaiser Permanente), el costo para surtir sus medicamentos recetados será el mismo. 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 Optum Rx 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)
Genérico (nivel 1)	Usted paga \$5	Usted paga \$10
Marca preferida (nivel 2)	Usted paga \$50	Usted paga \$100
Marca no preferida (nivel 3)	Usted paga \$100	Usted paga \$200
Medicamentos especializados	Usted paga \$150	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.

Medicamentos recetados por correo postal de la PPO de Regence con Optum Rx

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

- Medicamentos genéricos: \$10
- Marca preferida: \$100
- Marca no preferida: \$200

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 2 recetas: un suministro para 90 días que enviará a Optum Rx y un suministro para 2 o 3 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 1 y 2 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 Optum Rx o por teléfono.

Medicamentos recetados por correo postal de la EPO 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: \$10
- Marca preferida: \$100
- Marca no preferida: \$200

Las órdenes generalmente se procesan dentro de 24 horas y se envían a su casa en un plazo de 3 a 5 días. La entrega es gratuita a menos que solicite un envío más rápido. Este servicio puede estar limitado a determinados medicamentos recetados, farmacias y direcciones de entrega.

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 del EWHT lo (la) considera a tiempo completo. Comuníquese con su empleador(a) para confirmar su elegibilidad. Visite nuestro sitio web para obtener una lista detallada de empleadores participantes: [EssentialWorkerHealth.org/eligibility](https://www.essentialworkerhealth.org/eligibility)

Cónyuge/dependientes

Los (las) dependientes elegibles son:

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

Una vez que inscriba a sus dependientes, recibirá una carta por correo postal con instrucciones para enviar los documentos de verificación. También puede visitar en cualquier momento [EssentialWorkerHealth.org/dependentdocs](https://www.essentialworkerhealth.org/dependentdocs) para consultar las instrucciones. El EWHT exige la prueba de la elegibilidad de un (una) dependiente dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que su empleador(a) le notifique al EWHT sobre la inscripción de su dependiente. Los documentos aceptables incluyen un acta certificada de matrimonio para su cónyuge, una declaración jurada de parejas de hecho de EWHT para una pareja de hecho, un certificado de nacimiento o documentos judiciales para sus hijos(as) dependientes. Si usted no proporciona la documentación requerida antes de la fecha límite específica que se indica en la carta, su(s) dependiente(s) perderá(n) la cobertura.



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://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.
- Si pierde la cobertura del plan de su cónyuge o pareja de hecho, o si 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; o
- está inscrito(a) en Kaiser, pero se mudó fuera del área de servicios y necesita cambiar a Regence.

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, 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).

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/memberportal](https://essentialworkerhealth.org/memberportal) para empezar.

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

Aquí hay algunos aspectos que debe conocer y que pueden facilitar los cambios.

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 encontrar un (una) médico(a). Busque médicos(as) que acepten el plan Kaiser Classic.
- Para Regence, visite regence.com/finding-doctors para encontrar 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](https://essentialworkerhealth.org). Para solicitar una copia impresa, comuníquese con la oficina del EWHT al 1-(833)-389-0027.

Nuevas tarjetas de identificación de miembro

- Todas las personas inscritas en un plan del 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

Optum Rx

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.

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

Si acude a un (una) médico(a) para recibir cuidado preventivo, pero luego habla sobre otros temas, la visita 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: Carla consulta a su proveedor(a) de atención primaria para que le haga un chequeo preventivo anual, una visita preventiva gratuita. Sin embargo, durante la consulta, Carla le comenta sobre un dolor que ha empezado a tener en la rodilla. Ahora, Carla tiene que pagar \$30 por la visita al consultorio de atención primaria y, si su proveedor(a) le ordena una radiografía, Carla también tendrá que pagar el 20 % de los cargos 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 Permanente

Si está inscrito(a) en la EPO de Kaiser Permanente, debe recibir la atención en los centros de Kaiser Permanente y a través de los (las) proveedores(as) aprobados(as) por el plan. La atención fuera de la red únicamente se pagará en situaciones de emergencias médicas verdaderas. A diferencia de una PPO (Organización de Proveedores Preferidos), una EPO no ofrece cobertura parcial si usted decide acudir a un (una) médico(a) fuera de la red por sí mismo(a).

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 (también conocidos[as] como proveedores[as] preferidos[as]) lo (la) ayuda a administrar sus costos de 2 maneras:

1. Cuando recibe servicios de proveedores(as) 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; esto quiere decir que, en general, usted paga menos por cuenta propia.
2. Los (las) proveedores(as) dentro de la red no le 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 3 maneras:

1. **La parte de la factura que usted paga es mayor.** En lugar de un copago fijo, pagará el 40 % del costo total cuando acuda a un (una) proveedor(a) fuera de la red.
2. **El plan cubre menos y la diferencia podría correr por su cuenta.** Regence paga las reclamaciones fuera de la red basándose en una tasa “usual, acostumbrada y razonable” (por su sigla en inglés UCR); en esencia, lo que considera que es un precio justo, no necesariamente lo que el (la) proveedor(a) cobra en realidad. Si su proveedor(a) factura un monto superior a esa tasa UCR, usted tendrá que pagar el 100 % de la diferencia, además del porcentaje del 40 %.
3. **Tiene que gastar más dinero antes de que se comience a aplicar su cobertura.** La atención fuera de la red tiene un deducible y un límite máximo de gastos por cuenta propia más altos, así que pagará más por su cuenta antes de que el plan empiece a cubrir los costos de la forma en que lo haría dentro de la red.



Essential Worker

Healthcare Trust

Delivered by RISE Partnership

¡Estamos aquí para ayudar!

Visite EssentialWorkerHealth.org

Envíe un correo electrónico a EssentialWorker@RISEpartnership.com

O llame al 1-(833)-389-0027 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

¡Lo (la) tenemos cubierto(a)!