



# 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](mailto: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](http://kp.org)

Regence  
1 (866) 240-9580  
[regence.com](http://regence.com)

OptumRx  
1 (844) 368-0083  
[optumrx.com](http://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.



	<b>PPO de Regence Proveedores(as) dentro de la red *</b>	<b>HMO de Kaiser Permanente Proveedores(as) dentro de la red *</b>
<b>Deducible anual</b>	\$800 individual/\$1,600 familiar	\$800 individual/ \$1,600 familiar
<b>Gastos máximos anuales por cuenta propia</b>	\$2,000 individual/\$4,000 familiar	\$2,000 individual/ \$4,000 familiar
<b>Cuidado preventivo</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Usted paga \$20 por visita	Usted paga \$5 por las tres primeras visitas, \$20 después
<b>Copago por especialista, terapia física y quiropráctica</b>	Usted paga \$40 por visita	Usted paga \$40 por visita
<b>Atención de urgencias</b>	Usted paga \$60 por visita	Usted paga \$60 por visita
<b>Sala de emergencias</b>	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
<b>Otros servicios (como exámenes de laboratorio y radiografías, cirugía, hospitalización, etc.)</b>	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](http://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](http://kp.org)), o los (las) miembros de Regence pueden comunicarse con OptumRx al 1-844-368-0083 o en [optumrx.com](http://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](https://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](https://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](http://kp.org/locations) para buscar a un (una) médico(a). Busque médicos(as) que acepten el plan Kaiser Classic.

Para Regence, visite [regence.com](http://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](http://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](http://kp.org)

Regence  
1 (866) 240-9580  
[regence.com](http://regence.com)

OptumRx  
1 (844) 368-0083  
[optumrx.com](http://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](http://kp.org)

Regence: [regence.com](http://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](https://EssentialWorkerHealth.org)

Envíe un correo electrónico a [EssentialWorker@RISEpartnership.com](mailto: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)!