

## COMPARACIÓN DEL PLAN MÉDICO 2025: empleados designados como Región Inland Northwest y Región Yakima Valley

PLAN	ADMINISTRADO POR	CÓMO SE DIFERENCIA DE OTROS PLANES
MyConnected Care-INW	First Choice Health	Proporciona cobertura sin deducible para la atención dentro de la red de nivel 1 (MCC CIN), excepto para la atención de urgencia. La atención fuera de la red MCC CIN está sujeta a un deducible más alto y a un coaseguro más elevado.
PPO-INW estándar	First Choice Health	Tiene el mismo deducible y desembolso máximo para la atención recibida por proveedores y centros dentro de MCC CIN y FCHN/FHN (Nivel 1).
Plan con franquicia elevada-INW	First Choice Health	Diseñado para cumplir con los requisitos de los empleados que desean contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

### Información sobre la red de planes de First Choice Health:


Los planes de First Choice Health son planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Por lo general, un plan PPO le permite consultar a cualquier proveedor autorizado, pero ofrece incentivos por utilizar proveedores de la red designada. Visite la página web de First Choice para empleados de MultiCare en [www.fchn.com/multicare](http://www.fchn.com/multicare) y utilice el *menú desplegable* PPO Network Search (Búsqueda en la red PPO) para identificar a los proveedores de la red.

Los **planes** incluyen las siguientes redes:


REDES DE PROVEEDORES	DESCRIPCIÓN DE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED
Red clínicamente integrada MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Proveedores de MultiCare y proveedores comunitarios independientes contratados por MCC CIN en el estado de Washington e Idaho
Red de Salud First Choice (FCHN)	Proveedores contratados en Alaska, Idaho, Oregón, Washington, Montana, Wyoming, Iowa, Nebraska, Dakota del Norte y Dakota del Sur
Red First Health (FHN)	Proveedores contratados en todos los demás estados/áreas no atendidas por First Choice Health Network
Prov/Swed/VMFH/PacMed	Mayores gastos de bolsillo de los afiliados por servicios recibidos en Providence (estado de Washington), Swedish, Virginia Mason Franciscan Health (anteriormente CHI Franciscan y Virginia Mason) y Pacific Medical Center
Fuera de la red	Cualquier proveedor autorizado que NO pertenezca a First Choice Health o First Health Network.

- **Prov/Swed/VMFH/PacMed incluye:**
  - cualquier centro o servicio profesional de Providence en el estado de Washington,
  - cualquier centro o servicio profesional de Swedish, que incluye Swedish Ballard, Swedish Edmonds, Swedish First Hill, Swedish Cherry Hill, Swedish Issaquah, Swedish Mill Creek, Swedish Redmond y Swedish Medical Group,
  - cualquier centro o servicio profesional de Virginia Mason Franciscan Health (anteriormente CHI Franciscan y Virginia Mason), que incluye St. Anthony Hospital, St. Joseph Medical Center, Harrison Medical Center, St. Highline Community Hospital, St. Anne Hospital, St. Elizabeth Hospital, St. Francis Community Hospital, St. Clare Hospital, Franciscan Medical Group, Virginia Mason Hospital y Seattle Medical Center.
  - cualquier centro o servicio profesional de Pacific Medical Centers.
- **Atención fuera del área de servicio de First Choice:** La First Health Network (FHN) es la red nacional de cobertura de proveedores para los participantes y/o sus dependientes que viven o trabajan fuera de las áreas de servicio de First Choice Health. La Red de First Health también está disponible para todos los participantes para atención urgente o de emergencia cuando viajan. Busque proveedores en [www.fchn.com/multicare](http://www.fchn.com/multicare) o comuníquese con First Choice Health al 888-889-1112. Los servicios obtenidos de un proveedor/centro de First Health se cubrirán al nivel de beneficios de la red First Choice Health (FCHN).
- **Es posible que MultiCare Connected Care Clinically Integrated Network (MCC CIN) no pueda ofrecer todos los servicios necesarios para su atención. Cada servicio que reciba se pagará según el nivel de red aplicable del proveedor/centro.**


**Comparación de las características de los planes:**

Nivel de red	MyConnected Care-INW				PPO-INW estándar 			Plan con franquicia elevada-INW (un plan elegible para HSA)			
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Red de proveedores	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN) y FCHN o FHN	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	MultiCare Connected Care Network (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red
Descripción del proveedor	Red MCC Clinically Integrated (MCC CIN)	Proveedores preferentes en FCHN / FHN excluidos los proveedores del nivel 3	Cualquier proveedor o centro de Providence (WA) Swedish Virginia Mason Franciscan Health Pacific Medical Centers	Cualquier proveedor autorizado que no pertenezca a FCHN / FHN	Red MCC Clinically Integrated (MCC CIN) y proveedores preferentes de la FCHN / FHN excluidos los proveedores del nivel 2	Cualquier proveedor o centro de Providence (WA) Swedish Virginia Mason Franciscan Health Pacific Medical Centers	Cualquier proveedor autorizado que no pertenezca a FCHN / FHN	Red MCC Clinically Integrated (MCC CIN)	Proveedores preferentes en FCHN / FHN excluidos los proveedores del nivel 3	Cualquier proveedor o centro de Providence (WA) Swedish Virginia Mason Franciscan Health Pacific Medical Centers	Cualquier proveedor autorizado que no pertenezca a FCHN / FHN
Deducible anual	El deducible aplica a atención de Emergencia \$500 por persona \$1,000 por familia	\$1,500 por persona \$4,500 por familia	\$2,000 por persona \$6,000 por familia		\$600 por persona \$1,800 por familia	\$1,500 por persona \$3,000 por familia		\$1,650 para uno mismo \$3,300 por familia	\$2,500 para uno mismo \$5,000 por familia		
	El deducible del Nivel 1 MCC CIN es exclusivo de los deducibles de los Niveles 2-4	Los deducibles de los niveles 2-4 se incluyen entre sí. La forma en que accede a la asistencia médica determina si acumula o no deducibles anuales en dos niveles de prestaciones			El deducible del nivel 1 excluye el deducible de los niveles 2 y 3.	El deducible de los niveles 2 - 3 excluye el deducible del nivel 1.		<b>Reclamaciones médicas y de prescripción combinadas. Antes de que se abonen las prestaciones para cualquier miembro de la familia, debe alcanzarse la cuantía total del deducible familiar.</b> Los deducibles anuales dentro y fuera de la red se incluyen entre sí.			
	\$3,100 persona \$6,200 familia	\$6,500 por persona \$15,000 por familia			\$3,200 por persona \$8,300 por familia	\$4,850 por persona \$12,500 por familia		\$3,500 para uno mismo \$6,850 por familia	\$6,500 para uno mismo \$13,000 por familia		
Máximo anual de gastos médicos de su bolsillo	Los importes máximos de los gastos de bolsillo y del coaseguro de los niveles 1 a 4 se incluyen entre sí.				Los importes máximos de los gastos de bolsillo y del coaseguro de los niveles 1 a 3 se incluyen entre sí.			Los importes máximos de los gastos de bolsillo y del coaseguro de los niveles 1 a 4 se incluyen entre sí.			
	Se aplica un desembolso anual por receta aparte: \$1,500 por persona, \$3,000 por familia.				Se aplica un desembolso anual por receta aparte: \$1,500 por persona, \$3,000 por familia.			Reclamaciones médicas y de medicamentos recetados combinadas. Cada individuo pagará como máximo el importe máximo de gasto de bolsillo individual, pero la familia pagará como máximo el importe máximo de gasto de bolsillo familiar establecido (independientemente del tamaño de la familia).			

**Comparación de las características de los planes:**

	MyConnected Care-INW				PPO-INW estándar 			Plan con franquicia elevada-INW (un plan elegible para HSA)			
Nivel de red	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Red de proveedores	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN) y FCHN o FHN	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	MultiCare Connected Care Network (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red
Cuidado preventivo	Usted paga \$0	Usted paga \$0		Después del deducible, usted paga 50%	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Después del deducible, usted paga 50%	Usted paga \$0	Usted paga \$0		Después del deducible, usted paga 50%
Servicios profesionales (Consultas de atención primaria y especializada, incluidas las consultas de naturópatas)	Copago: \$20- atención primaria \$35- especialista	Después del deducible, usted paga 50%			Después del deducible, copago: \$20- atención primaria \$35- especialista	Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 30%	Después del deducible, usted paga 50%	
Atención en línea MultiCare Indigo (Atención virtual)	Copago de \$20	N/A			Después del deducible, copago de \$20	N/A		Después del deducible, usted paga 10%	N/A		
Atención urgente (Clínica independiente)	Copago de \$20	Después del deducible, usted paga 50%			Después del deducible, copago: \$20	Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 30%	Después del deducible, usted paga 50%	
Atención de urgencia (gastos en el centro)	Después del deducible de MCC CIN, copago escalonado: \$250 por visitas 1 y 2 \$350 por visitas 3 y 4 \$500 por visitas 5 o más (copago exento si es admitido)				Después del deducible, copago escalonado: \$250 por visitas 1 y 2 \$350 por visitas 3 y 4 \$500 por visitas 5 o más (copago exento si es admitido)			Después del deducible, usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 30%		
Hospital Hospitalización y ambulatorio	Usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 50%			Después del deducible, usted paga 20%	Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 30%	Después del deducible, usted paga 50%	
Salud mental / dependencia a químicos	Usted paga 10%	Usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 50%	

## Comparación de las características de los planes:

Nivel de red	MyConnected Care -INW				PPO-INW estándar 			Plan con franquicia elevada-INW (un plan elegible para HSA)				
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	
Red de proveedores	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN) y FCHN o FHN	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red	
Acupuntura	Usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 20%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 50%	
	Máximo 12 visitas por año del plan*				Máximo 12 visitas por año del plan*				Máximo 12 visitas por año del plan*			
Atención quiropráctica <small>(las manipulaciones están cubiertas; el mantenimiento no)</small>	Usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 20%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 50%	
	Máximo 16 manipulaciones vertebrales por año del plan*				Máximo 16 manipulaciones vertebrales por año del plan*				Máximo 16 manipulaciones vertebrales por año del plan*			
Terapia de masaje	Usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 20%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 30%	
	Máximo 20 visitas por año del plan*				Máximo 20 visitas por año del plan*				Máximo 20 visitas por año del plan*			
Terapia ambulatoria de rehabilitación	Usted paga 10%	Después del deducible, usted paga 50%			Después del deducible, usted paga 20%		Después del deducible, usted paga 50%		Después del deducible, usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 30%	
	Fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, cardiología 45 visitas por año del plan como máximo.				Fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, cardiología 45 visitas por año del plan como máximo.				Fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, cardiología 45 visitas por año del plan como máximo.			
Control de peso <small>Prestación médica no quirúrgica (visitas 13-20)</small>	Copago de \$35	No está cubierto			Después del deducible, copago de \$35		No está cubierto		Después del deducible, copago de \$35		No está cubierto	
Control de peso <small>Prestación quirúrgica</small>	Usted paga 10%	No está cubierto			No está cubierto				Después del deducible, usted paga 10%		No está cubierto	

\*Cuando los proveedores de cuidados alternativos (acupuntura, masajes terapéuticos, quiropráctico) facturen servicios no alternativos (visita al consultorio, suministros, modalidades, rehabilitación), estos servicios corresponderán al nivel de prestación médica aplicable.

Algunos ejemplos son:

1. Un servicio de terapia de masaje que se facture como servicio de fisioterapia se tramitará dentro de la prestación de terapia ambulatoria de rehabilitación.
2. La visita inicial a un quiropráctico que se facture como visita de consulta se tramitará como visita de especialista.

## Comparación de las características de los planes:

Farmacia Los medicamentos están sujetos a cambios de nivel y de estatus a lo largo del año	MyConnected Care -INW			PPO-INW estándar			Plan con franquicia elevada-INW (un plan elegible para HSA)		
	Farmacia MultiCare (disponible venta por correo)		Red Ventegra Retail <sup>2</sup>	Farmacia MultiCare (disponible venta por correo)		Red Ventegra Retail <sup>2</sup>	Farmacia MultiCare (disponible venta por correo)		Red Ventegra Retail <sup>2</sup>
	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 90 días	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 90 días	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 90 días	Suministro de hasta 34 días
<b>Nivel 0 Medicamentos para el bienestar</b>	Por Lista de medicamentos de bienestar: Cuando se dispensan en la farmacia MultiCare, están cubiertos al 100% (copago de \$0).		Lista ACA limitada, copago de \$0	Por Lista de medicamentos de bienestar: Cuando se dispensan en la farmacia MultiCare, están cubiertos al 100% (copago de \$0).		Lista ACA limitada, copago de \$0	Por Lista de medicamentos de bienestar: Cuando se dispensan en la farmacia MultiCare, están cubiertos al 100% (copago de \$0) <sup>3</sup>		Lista ACA limitada, copago de \$0
<b>Nivel 1 Medicamentos genéricos</b>	Usted paga el 20%, mínimo \$10 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$20 <sup>1</sup>	Usted paga el 40%, mínimo \$20 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$10 <sup>1</sup>	You pay 20%, minimum \$20 <sup>1</sup>	Usted paga el 40%, mínimo \$20 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$10 <sup>1</sup>	Usted paga el 40%, mínimo \$20 <sup>1</sup>	Usted paga el 40%, mínimo \$20 <sup>1</sup>
<b>Nivel 2 Marcas preferidas y genéricos de alto costo</b>	Usted paga el 20%, mínimo \$25 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$50 <sup>1</sup>	Usted paga 40%, mínimo \$50 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$25 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$50 <sup>1</sup>	Usted paga 40%, mínimo \$50 <sup>1</sup>	Después del deducible, usted paga 10%		Después del deducible, usted paga 30%
<b>Nivel 3 Marcas no preferidas</b>	Usted paga el 20%, mínimo \$40 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$80 <sup>1</sup>	Usted paga 40%, mínimo \$80 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$40 <sup>1</sup>	Usted paga el 20%, mínimo \$80 <sup>1</sup>	Usted paga 40%, mínimo \$80 <sup>1</sup>	Después del deducible, usted paga el 10%, limitado a la dispensación de MHS; Especialidad limitada a 30 días de suministro		No está cubierta
<b>Nivel 4 Medicamentos especializados</b>	Usted paga el 20% limitado la dispensación de MHS; Especialidad limitada al suministro de 30 días		No está cubierta	Usted paga el 20% limitado la dispensación de MHS; Especialidad limitada al suministro de 30 días		No está cubierta	Después del deducible, usted paga el 10%, limitado a la dispensación de MHS; Especialidad limitada a 30 días de suministro		
<b>Medicamentos compuestos</b>	Los medicamentos compuestos de más de \$400 requieren pre certificación			Los medicamentos compuestos de más de \$400 requieren pre certificación			Los medicamentos compuestos de más de \$400 requieren pre certificación		
<b>Desembolso máximo anual por receta</b>	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia			\$1,500 por persona, \$3,000 por familia			N/A - RX combinado con reclamaciones de servicios médicos		

<sup>1</sup> Por ejemplo, si su prestación del plan es el 20% del precio total del medicamento o un mínimo del plan de \$10, y el precio total del medicamento es inferior al mínimo, pagará ese precio, aunque sea inferior al mínimo.

**Rellenar medicamentos de mantenimiento** deben surtirse en una farmacia preferente según el estado de residencia. Consulte la lista de medicamentos de mantenimiento en [www.fchn.com/multicare](http://www.fchn.com/multicare) en la sección Farmacia.

- Para los afiliados que residen en WA e ID, el resurtido de medicamentos de mantenimiento debe realizarse en las farmacias de MultiCare Health System.
- Para los afiliados que residan fuera de WA y tengan documento de identidad, la reposición de los medicamentos de mantenimiento debe realizarse en la farmacia de pedidos por correo Costco.

<sup>3</sup> Se aplican normas de prestaciones para medicamentos específicos enumerados, véase la lista oficial de PDL. Conforme a la sección 223(c)(2) del Código Interno, los miembros del HDHP no pueden recibir beneficios fuera de la cobertura preventiva ampliada hasta que se haya satisfecho el deducible. Ni MultiCare ni Ventegra pueden garantizar que todos los medicamentos a los que se aplica el código interno estén identificados en esta lista.

## Notas adicionales sobre los planes médicos de FCH:

- Contacto para preguntas sobre beneficios médicos y red de proveedores:

### **First Choice Health**

Teléfono: (888) 889-1112

Correo electrónico: [benefitguidance@fchn.com](mailto:benefitguidance@fchn.com)

Sitio web: [www.fchn.com/multicare](http://www.fchn.com/multicare)

- **Planes MyConnected Care y MyConnected Care-INW:** Las exenciones de proveedores están disponibles para los miembros del plan MyConnected Care cuando los servicios no están disponibles dentro de MultiCare o la Red clínicamente integrada MyConnected Care de MultiCare (MCC CIN). Su proveedor de MultiCare/MCC CIN debe iniciar proactivamente la solicitud de servicios. Todas las exenciones de proveedores son revisadas por el Director Médico de MCC para su aprobación. Los afiliados recibirán una carta de determinación para cada exención de proveedor. Las exenciones del proveedor no se aprueban retrospectivamente.
- **Requisitos de autorización previa:** Todos los ingresos en hospitales y centros de enfermería especializada deben ser médicamente necesarios. Se requiere autorización previa para todos los ingresos de pacientes hospitalizados, excepto para los servicios de urgencia o los ingresos por maternidad en un proveedor de la red. Consulte el documento de su plan para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa.
- **Necesidad médica:** Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para ser considerados para la cobertura de los beneficios. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan para conocer los requisitos de autorización previa, los límites del plan y los servicios excluidos.
- **Facturación del saldo:** Si usted decide buscar atención fuera de First Choice Health Network / First Health Network (proveedores fuera de la red), es posible que se le facturen cargos adicionales (diferencia entre la cantidad permitida por el plan y los cargos facturados por el proveedor) porque los proveedores fuera de la red no están sujetos a un acuerdo contractual.
- **Como afiliado, es su responsabilidad verificar las prestaciones y el estado de la red de un proveedor antes de una cita para entender cómo se tramitará la solicitud de prestaciones.** El hecho de que su proveedor le remita a un servicio de seguimiento no significa por sí mismo que el servicio estará cubierto en el mismo nivel de prestaciones de la red. Le recomendamos que revise los materiales de su plan y verifique con el administrador de reclamaciones y con su proveedor cómo se cubrirá el servicio facturado en virtud de su plan de salud.
- **Acontecimiento de vida y traslado regional Nota:** Un cambio de plan dará lugar a un nuevo deducible y máximo de desembolso, según corresponda.

## Notas adicionales sobre la Farmacia Ventegra:



- Información de contacto para preguntas sobre prestaciones de farmacia:

### **Ventegra**

Teléfono: (833) 393-0445

Sitio web: [www.myventegra.com](http://www.myventegra.com)

- No hay cobertura para farmacias fuera de la red
- Consulte la **Lista de medicamentos de bienestar** publicada en [www.fchn.com/multicare](http://www.fchn.com/multicare).
- Consulte el **Formulario Premium de Ventegra** publicado en [www.fchn.com/multicare](http://www.fchn.com/multicare).
- Aplicable a los planes MyConnected y Standard PPO: los importes de los copagos y coaseguros de los medicamentos recetados pueden aumentar hasta el máximo del cupón de copago del fabricante. Los copagos pagados con cupones del fabricante no se aplicarán al acumulador de gastos de bolsillo del afiliado.
- MultiCare Pharmacy actualmente solo envía recetas por correo a Washington e Idaho. Todos los demás estados - utilizar Costco Mail Order.
- Cuando esté disponible un medicamento genérico equivalente en el formulario, usted será responsable de pagar la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico, más el coaseguro aplicable. Esta diferencia de precio no se aplica a la franquicia anual ni al desembolso máximo aplicable al plan en el que esté inscrito. La diferencia seguirá aplicándose incluso después de que alcance el máximo anual de gastos de su bolsillo.

**Consulte la descripción resumida del plan (SPD) para obtener una lista completa de las prestaciones. En caso de discrepancia entre esta comparación y la SPD, la SPD regirá el plan.**