

COMPARACIÓN DEL PLAN MÉDICO 2025: empleados designados como Región Puget Sound y Región Capital Pacific

PLAN	ADMINISTRADO POR	EN QUÉ SE DIFERENCIA DE OTROS PLANES
MyConnected Care	First Choice Health	Proporciona cobertura sin deducible para la atención dentro de la red de Nivel 1 (MCC CIN), excepto para la atención de emergencia. La atención fuera de MCC CIN está sujeta a un deducible más alto y a un coseguro más alto.
PPO 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).
PPO con deducible alto	First Choice Health	Diseñado para cumplir los requisitos de los empleados que desean contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

Información sobre la red del plan First Choice Health:

Los planes de First Choice Health son planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Por lo general, un plan PPO le permite acudir 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 y utilice el *menú desplegable PPO Network Search* para identificar a los proveedores dentro de la red.

Los **planes** incluyen las siguientes redes:

REDES DE PROVEEDORES	DESCRIPCIÓN DE LOS PROVEEDORES DENTRO DE LA RED
Red Clínicamente Integrada MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Proveedores de MultiCare y proveedores comunitarios independientes contratados con MCC CIN en el estado de Washington e Idaho
Red First Choice Health (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 / zonas no atendidas por la Red First Choice Health
Prov/Swed/VMFH/PacMed	Mayor desembolso del afiliado por los servicios recibidos en Providence (estado de Washington), Swedish, Virginia Mason Franciscan Health (antes CHI Franciscan y Virginia Mason) y Pacific Medical Centers
Fuera de la red	Cualquier proveedor autorizado que NO pertenezca a la Red First Choice Health o First Health.

- **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. Michael Medical Center, 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 Red First Health Network (FHN) es la red nacional 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 First Health también está a disposición de todos los participantes para la atención urgente o de emergencia durante los viajes. Busque proveedores en www.fchn.com/multicare o póngase en contacto con First Choice Health llamando al 888-889-1112. Los servicios obtenidos de un proveedor/centro de First Health se cubrirán al nivel de beneficios de First Choice Health Network (FCHN).

- **Es posible que la Red Clínicamente Integrada de MultiCare Connected Care (MCC CIN) no pueda ofrecer todos los servicios necesarios para su atención. Cada servicio que reciba se paga en función del nivel de red aplicable del proveedor/centro.**

Comparación de las características de los planes:

	MyConnected Care				PPO estándar			PPO con deducible alto (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	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/ VMFH/ PacMed	Fuera de la red
Descripción de los proveedores	Red Clínicamente Integrada MCC (MCC CIN)	Proveedores preferidos 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 esté en FCHN / FHN	Red Clínicamente Integrada MCC (MCC CIN) y Proveedores Preferidos en 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 esté en FCHN / FHN	Red Clínicamente Integrada MCC (MCC CIN)	Proveedores preferidos 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 esté en FCHN / FHN
Deducible anual	Deducible se aplica a la atención de emergencia \$500 persona \$1,000 familia El deducible MCC CIN de Nivel 1 no incluye los deducibles de los Niveles 2 a 4	\$1,500 persona \$4,500 familia	\$2,000 persona \$6,000 familia		\$600 por persona \$1,800 familia	\$1,500 persona \$3,000 familia		\$1,650 Solo autónomos \$3,300 Familia	Reclamos médicos y de prescripción combinados. Antes de que se paguen los beneficios por cualquier miembro de la familia, debe satisfacerse la totalidad del deducible familiar. Las deducibles anuales dentro y fuera de la red se incluyen mutuamente.		
Máximo de desembolso médico anual	\$3,100 persona \$6,200 familia	\$6,500 persona \$15,000 familia			\$3,200 persona \$8,300 familia	\$4,850 persona \$12,500 familia		\$3,500 Solo autónomos \$6,850 Familia	\$6,500 Solo autónomos \$13,000 Familia		
	Los importes máximos de los gastos de bolsillo y del coseguro de los Niveles 1 a 4 se incluyen entre sí.				Los importes máximos de los gastos de bolsillo y del coseguro de los Niveles 1 a 3 se incluyen entre sí.			Los importes máximos de los gastos de bolsillo y del coseguro de los Niveles 1 a 4 se incluyen entre sí.			
	Se aplica un desembolso anual por prescripción aparte: \$1,500 por persona, \$3,000 por familia				Se aplica un desembolso anual por prescripción aparte: \$1,500 por persona, \$3,000 por familia			Reclamos médicos y de prescripción combinados. Cada individuo no pagará más que el importe máximo de desembolso individual, pero la familia no pagará más que el importe máximo de desembolso familiar establecido (independientemente del tamaño de la familia).			

Comparación de las características de los planes:



	MyConnected Care				PPO estándar			PPO con deducible alto (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	Red MultiCare Connected Care (MCC CIN)	Red First Choice Health o First Health (FCHN)/(FHN)	Prov/Swed/VMFH/PacMed	Fuera de la red
Atención preventiva	Usted paga 0	Usted paga 0		Después del deducible, usted paga el 50%	Usted paga 0	Usted paga 0	Después del deducible, usted paga el 50%	Usted paga 0	Usted paga 0		Después del deducible, usted paga el 50%
Servicios profesionales (consultas de atención primaria y especializada - incluye consultas con el naturópata)	Copago: \$20 - atención primaria \$35- especialista	Después del deducible, usted paga el 50%			Después del deducible, copago: \$20 - atención primaria \$35- especialista	Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 30%	Después del deducible, usted paga el 50%	
Atención en línea de MultiCare Indigo (Atención virtual)	\$20 de copago	N/A			Después del deducible, \$20 de copago	N/A		Después del deducible, usted paga el 10%	N/A		
Atención de urgencias (Clínica independiente)	\$20 de copago	Después del deducible, usted paga el 50%			Después del deducible, copago: \$20	Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 30%	Después del deducible, usted paga el 50%	
Atención de emergencias (Gastos del centro)	Después del deducible MCC CIN, copago escalonado: \$250 para las visitas 1 y 2 \$350 para las visitas 3 y 4 \$500 para visitas de 5 o más (sin copago si está ingresado)				Después del deducible, copago escalonado: \$250 para las visitas 1 y 2 \$350 para las visitas 3 y 4 \$500 para visitas de 5 o más (sin copago si está ingresado)			Después del deducible, usted paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 30%		
Centro hospitalario Hospitalización y ambulatorio	Usted paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 50%			Después del deducible, usted paga el 20%	Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 30%	Después del deducible, usted paga el 50%	
Salud Mental / Dependencia química	Usted paga el 10%	Usted paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 20%	Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 10%		Después del deducible, usted paga el 50%	

Comparación de las características de los planes:

Nivel de red	MyConnected Care				PPO estándar			PPO con deducible alto (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 el 10%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 20%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 10%		Después del deducible, usted paga el 50%	
	Máximo 12 visitas por año del plan*				Máximo 12 visitas por año del plan*				Máximo 12 visitas por año del plan*			
Atención quiropráctica (las manipulaciones están cubiertas; mantenimiento no cubierto)	Usted paga el 10%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 20%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 10%		Después del deducible, usted paga el 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 el 10%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, usted paga el 20%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 30%	Después del deducible, usted paga el 50%	
	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 el 10%	Después del deducible, usted paga el 50%			Después del deducible, usted paga el 20%		Después del deducible, usted paga el 50%		Después del deducible, paga el 10%	Después del deducible, usted paga el 30%	Después del deducible, usted paga el 50%	
	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 del peso Beneficio médico no quirúrgico (visitas 13-20)	\$35 de copago	No cubierto			Después del deducible, \$35 de copago		No cubierto		Después del deducible, \$35 de copago		No cubierto	
Control del peso Beneficio quirúrgico	Usted paga el 10%	No cubierto			No cubierto				Después del deducible, usted paga el 10%		No cubierto	

*Cuando los proveedores de cuidados alternativos (acupuntura, masoterapia, 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 masoterapia que se facture como servicio de fisioterapia se tramitará en el marco del beneficio de terapia ambulatoria de rehabilitación.
2. Una visita inicial a un quiropráctico que se facture como visita de consulta se tramitará como visita de especialista.

Características del plan de farmacia:

Farmacia Los medicamentos están sujetos a cambios de nivel y de estatus a lo largo del año	MyConnected Care			PPO estándar			PPO con deducible alto (un plan elegible para HSA)		
	MultiCare Pharmacy (venta por correo)		Ventegra Red Minorista ²	MultiCare Pharmacy (venta por correo)		Ventegra Red Minorista ²	MultiCare Pharmacy (venta por correo)		Ventegra Red Minorista ²
	Suministro para 34 días	Suministro para 90 días	Suministro para 34 días	Suministro para 34 días	Suministro para 90 días	Suministro para 34 días	Suministro para 34 días	Suministro para 90 días	Suministro para 34 días
Medicamentos para el bienestar de Nivel 0	Lista de medicamentos para el bienestar: Cuando se dispensa en la MultiCare Pharmacy, cubierto al 100% (0\$ de copago)		Lista ACA limitada, Copago de \$0	Lista de medicamentos para el bienestar: Cuando se dispensa en la MultiCare Pharmacy, cubierto al 100% (0\$ de copago)		Lista ACA limitada, Copago de \$0	Lista de medicamentos para el bienestar: Cuando se dispensa en la MultiCare Pharmacy, cubierto al 100% (0\$ de copago) ³		Lista ACA limitada, Copago de \$0
Medicamentos genéricos de Nivel 1	Usted paga el 20%, mínimo \$10 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$20 ¹	Usted paga el 40%, mínimo \$20 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$10 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$20 ¹	Usted paga el 40%, mínimo \$20 ¹	Después del deducible, usted paga el 20%, mínimo \$10 ¹	Después del deducible, usted paga el 20%, mínimo \$20 ¹	Después del deducible, usted paga el 40%, mínimo \$20 ¹
Marcas preferidas & Genéricos de alto coste de Nivel 2	Usted paga el 20%, mínimo \$25 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$50 ¹	Usted paga el 40%, mínimo \$50 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$25 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$50 ¹	Usted paga el 40%, mínimo \$50 ¹	Después del deducible, usted paga el 10%		Después del deducible, usted paga el 30%,
Marcas no preferidas de Nivel 3	Usted paga el 20%, mínimo \$40 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$80 ¹	Usted paga el 40%, mínimo \$80 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$40 ¹	Usted paga el 20%, mínimo \$80 ¹	Usted paga el 40%, mínimo \$80 ¹			
Medicamentos especializados de Nivel 4	Usted paga el 20% limitado a la dispensación de MHS; Especialidad limitada a 30 días de suministro		No cubierto	Usted paga el 20% limitado a la dispensación de MHS; Especialidad limitada a 30 días de suministro		No cubierto	Después del deducible, usted paga el 10% limitado a la dispensación de MHS; Especialidad limitada a 30 días de suministro		No cubierto
Fármacos compuestos	Los medicamentos compuestos de más de \$400 requieren precertificación			Los medicamentos compuestos de más de \$400 requieren precertificación			Los medicamentos compuestos de más de \$400 requieren precertificación		
Máximo de gastos de bolsillo para prescripción anual	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia			\$1,500 por persona, \$3,000 por familia			N/A - RX combinado con reclamos de servicios médicos		

¹ Por ejemplo, si el beneficio de su 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, usted pagará ese precio, aunque sea inferior al mínimo

² Los medicamentos de mantenimiento deben adquirirse en una farmacia preferida según el estado de residencia. Consulte la Lista de medicamentos de mantenimiento en www.fchn.com/multicare, en la sección Farmacia.

○ Para los miembros que residen en WA e ID reposición de medicamentos de mantenimiento se requiere en las farmacias MultiCare Health System.

○ Para los miembros que residen fuera de WA e ID se requiere reposición de medicamentos de mantenimiento en Costco Mail Order Pharmacy.

³ Se aplican normas de beneficios para medicamentos específicos de la lista; consulte la lista oficial de PDL. En virtud del artículo 223(c)(2) del Código Interno, los afiliados al HDHP no pueden recibir beneficios fuera de la cobertura preventiva ampliada hasta que no hayan satisfecho el deducible. Ni MultiCare ni Ventegra pueden garantizar que todos los medicamentos a los que es aplicable 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
Web: www.fchn.com/multicare
- **Plan MyConnected Care:** Las exenciones de proveedores están disponibles para los afiliados del plan MyConnected Care cuando los servicios no están disponibles dentro de MultiCare o la Red Clínicamente Integrada MyConnected Care de MultiCare (MCC CIN). Esto debe ser iniciado de forma proactiva a los servicios por su proveedor de MultiCare/MCC CIN. Todas las exenciones de proveedores son revisadas por el director médico del MCC para su aprobación. Los afiliados recibirán una carta de determinación para cada exención de proveedor. Las exenciones para proveedores no se aprueban en retrospectiva.
- **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 en régimen de hospitalización, salvo para los servicios de emergencia 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 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 la Red* First Choice Health/First Health (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.
- **Es su responsabilidad como afiliado verificar los beneficios y el estado de la red de un proveedor antes de una cita para entender cómo se procesará el reclamo de beneficios.** El hecho de que su proveedor le remita a un servicio de seguimiento no significa de por sí que el servicio estará cubierto en el mismo nivel de beneficios de la red. Le recomendamos que revise los materiales de su plan y verifique con el administrador de reclamos y con su proveedor cómo cubrirá su plan de salud el servicio facturado.
- **Nota sobre acontecimiento vital y traslado de región:** El cambio de plan conllevará un nuevo deducible y un nuevo desembolso máximo, según corresponda.



Notas adicionales sobre la Farmacia Ventegra:

- Información de contacto para preguntas sobre el beneficio de Farmacia:
Ventegra
Teléfono: (833) 393-0445
Web: www.myventegra.com
- No hay cobertura para las farmacias fuera de la red
- Consulte la **Lista de medicamentos para el bienestar** publicada en www.fchn.com/multicare.
- Consulte la **Formulario de Ventegra Premium** publicado en www.fchn.com/multicare.
- Aplicable a los planes MyConnected y PPO estándar: los importes de los copagos y coseguros de los medicamentos recetados pueden aumentar hasta el máximo del cupón de copago del fabricante. Los copagos pagados con cupones de fabricante no se aplicarán al acumulador de gastos de bolsillo del afiliado.
- Actualmente, MultiCare Pharmacy solo envía recetas por correo a Washington e Idaho. En los demás estados, utilice el servicio de pedidos por correo de Costco.
- Cuando exista 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 coseguro aplicable. Esta diferencia de precio no se aplica al deducible anual ni al desembolso máximo aplicable al plan en el que está inscrito. La diferencia seguirá aplicándose incluso después de que alcance el máximo anual de gastos de bolsillo.

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