



# Su guía para solicitar el ingreso a Washington Health

- 1 ¡Esté sano con Washington Health!
- 2 Es una elección
- 3 Tranquilidad
- 5 Haciéndolo asequible
- 6 Leer todo el documento
- 7 Definiciones útiles
- 9 ¿Cómo me inscribo?



Administrado por la Autoridad de  
Atención Médica del Estado de Washington

# ¡Esté sano con Washington Health!

## ¡Esté sano con Washington Health!

La vida es mejor cuando está sano para trabajar, estudiar y jugar. Washington Health puede mejorar su calidad de vida y mantenerlo sano. La cobertura de Washington Health le facilita la obtención de atención preventiva y trata las enfermedades antes de que se conviertan en un problema.

## ¿Qué es Washington Health?

Desde 1993, el Plan básico de salud ha provisto cobertura para atención médica asequible para los residentes del Estado de Washington. Las mismas personas que le acercaron esta ayuda le ofrecen otra opción que tiene menos restricciones, bajo costo y es igual de confiable.

Usted y su familia, como residentes de Washington, pueden calificar para el Programa de salud de Washington. Este programa único ofrece \$75,000 ó \$100,000 en cobertura de seguro médico por año para cada miembro de la familia. Los miembros mantienen deducibles bajos y, a veces, cobertura sin costo para los servicios de salud básicos. Esto ofrece cobertura para las visitas inesperadas al hospital. En la mayoría de los casos, \$75,000 ó \$100,000 es cobertura suficiente para todo el año.

## ¿Es este plan para mí?

Para calificar para Washington Health, usted debe:

- Ser residente del estado de Washington;
- No ser elegible para Medicare sin costo o adquirido;
- No estar recibiendo Medicaid ni beneficios básicos subsidiados;
- No estar internado en el momento de la inscripción; y
- Completar y aprobar el Cuestionario estándar sobre salud (a menos que esté exento de acuerdo con la ley del estado).

***No espere que un accidente o una enfermedad alteren su vida. Si usted es uno de casi un millón de residentes de Washington que no tiene cobertura, Washington Health puede ser una opción para usted. ¡Averigüe hoy mismo si califica en línea en [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov)!***

# Es una elección

## ¡Es una elección!

Washington Health ofrece dos opciones de cobertura: Health 75 y Health 100. Usted elige la cobertura anual que mejor satisfaga las necesidades suyas y de su familia. Washington Health ofrece los mismos beneficios independientemente de la opción que seleccione.

Washington Health se ha asociado con el Plan de Salud Comunitario (CHP, por sus siglas en inglés) de Washington para ofrecer cobertura a todos los condados del estado. La extensa red incluye a más de 2,000 proveedores de atención primaria, 13,500 especialistas, 540 centros de atención primaria y casi 100 hospitales.

*Finalmente, ¡una elección no significa prescindir de algo!*

## ¿Aún desea más opciones?

Washington Health se trata de elecciones: ofrece descuentos y copagos bajos si usted elige recibir atención y medicamentos recetados en una clínica del Plan de Salud Comunitario. Pero elegir su propio médico también es importante, por eso usted puede elegirlo entre miles de médicos de la red del Plan de Salud Comunitario manteniendo un deducible y un coseguro bajos. En última instancia, usted tiene la opción de ver a cualquier proveedor que acepte su plan de salud. Quizá tenga que pagar un coseguro más alto y se le facture el saldo si elige un proveedor de fuera de la red.

Toda elección que hace lo conecta con una gran cobertura básica como:

- Visitas al consultorio y vacunas de rutina
- Línea de enfermería las 24 horas
- Evaluaciones preventivas como mamografías y pruebas de Papanicolau
- Medicamentos recetados
- Sala de emergencia y atención hospitalitaria
- Maternidad
- Diagnóstico por imágenes y laboratorio
- Ayuda con enfermedades crónicas

# Tranquilidad

## PLAN MÉDICO (por año calendario)

Beneficio cubierto	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	Descripción
<b>Límite de beneficio anual</b>	Health 75 - \$75,000 Health 100 - \$100,000	Health 75 - \$75,000 Health 100 - \$100,000	Suma máxima total que el plan pagará por persona en un año calendario
<b>Deducible anual</b>	\$500 por miembro/ \$1,500 por familia	\$1,000 por miembro/ \$3,000 por familia	La suma que usted paga cada año antes de que el plan pague por los servicios cubiertos
<b>Coseguro</b>	30%	50%	Porcentaje de cargos permitidos que usted paga después de alcanzar el deducible
<b>Máximo en gastos menores anuales</b> (La suma deducible no se aplica)	\$3,000 por miembro/ \$9,000 por familia	\$5,000 por miembro/ \$15,000 por familia	El límite fijado después del cual su plan paga el 100% del monto permitido

## SERVICIOS CUBIERTOS (Para ambos límites de beneficios anuales de \$75,000 ó \$100,000)

<b>Atención preventiva*</b>	Totalmente cubierta	Deducible, luego 50%	Incluye vacunas, exámenes médicos, exámenes físicos para realizar deportes, salud femenina, exámenes del niño sano
<b>Evaluaciones preventivas*</b>	Totalmente cubiertas	Deducible, luego 50%	Prueba de Papanicolau, control del PSA (antígeno prostático específico), examen de cáncer colorrectal, chequeo de colesterol y prueba de densidad ósea
<b>Transporte en ambulancia</b>	Deducible, luego 30%	Administrado como proveedor participante	Incluye transporte a las instalaciones más cercanas que estén equipadas para proporcionar la atención adecuada
<b>Dependencia de fármacos**</b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Evaluación diagnóstica y educación, orientación organizada individual y grupal
<b>Diagnósticos por imágenes y Servicios de laboratorio</b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Incluye rayos X, ecografías, TAC, resonancia magnética, pruebas de laboratorio e interpretaciones
<b>Equipo médico duradero</b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Incluye ortesis, prótesis y aparatos afines
<b>Sala de emergencias***</b>	Copago de \$100/visita	Copago de \$100/visita	Incluye los servicios y el material de las instalaciones
<b>Atención médica en el hogar, hospicio</b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Servicios de atención especializada administrados a pacientes internados y ambulatorios

# Lo tenemos cubierto

SERVICIOS CUBIERTOS (Para ambos límites de beneficios anuales de \$75,000 ó \$100,000)			
	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	Descripción
<b>Atención hospitalaria</b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Pensión hospitalaria completa, cirugía, anestesia, cuidados intensivos y coronarios, pruebas de laboratorio, servicios de radiología, medicamentos durante la internación
<b>Mamografías</b>	Totalmente cubiertas	Deducible, luego 50%	Procedimiento radiológico y explicación de los resultados una vez cada 12 meses
<b>Servicios de maternidad<sup>+</sup></b>	Deducible de \$5,000 y coseguro del 30%	Deducible de \$5,000 y coseguro del 50%	Parto y atención hospitalaria asociada
<b>Salud mental<sup>++</sup></b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Asesoría individual y familiar
<b>Visitas al consultorio</b> (Incluye cuidado de urgencia)	Clínica - Copago de \$10 Afiliado - Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Incluye examen, consulta, evaluación y plan de tratamiento
<b>Trasplantes de órganos<sup>+++</sup></b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Honorarios profesionales y del centro, pruebas y exámenes diagnósticos, cirugía y atención de seguimiento
<b>Medicamentos recetados</b>	Nivel 1 (genéricos): \$10 Nivel 2 (de marca y no genéricos): 50%	Nivel 1 (genéricos): \$20 Nivel 2 (de marca y no genéricos): 50%	Fármacos y medicamentos que requieren una receta como inyectables, medicamentos anticonceptivos, dispositivos y suministros
<b>Rehabilitación<sup>^</sup></b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Incluye servicios físicos, ocupacionales y quiroprácticos
<b>Centro de enfermería capacitada</b>	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Incluye pensión completa, auxiliares y tarifas de profesionales

\* Beneficios provistos al 100% de los cargos permitidos, no sujetos al deducible o coseguro (excepto para proveedores fuera de la red o no contratados)

\*\* Beneficios limitados a \$5,000 cada 24 meses o un máximo de vida de \$10,000

\*\*\* Toda la visita a la sala de emergencias está sujeta a los deducibles y coseguro, se omite el copago si ingresa al hospital

+ Los partos que ocurran dentro de los primeros seis meses posteriores a la inscripción o reinscripción inicial están sujetos a un deducible y coseguro de \$5,000; de lo contrario, están sujetos a deducible y coseguro

++ Limitado a 10 internaciones por año y 12 consultas ambulatorias por año (visitas al consultorio para administrar la medicación no cuentan para el máximo de 12 visitas)

+++ Se aplica un período de espera de 12 meses, excepto para recién nacidos o por una enfermedad no preexistente

^ Hasta un máximo combinado de 12 consultas por año (sólo hasta 6 pueden ser para atención quiropráctica). Sólo están permitidas si se usan como tratamiento postoperatorio luego de una cirugía reconstructiva (dentro del año posterior a la cirugía).

# Haciéndolo asequible

Prima Promedio de Washington Health		Primas por región	Hijo de 22 o menor	Hasta 25	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	65+
HEALTH 75	Usa productos de tabaco	Este	\$ 64.35	\$ 133.78	\$ 145.03	\$ 163.85	\$ 178.79	\$ 195.76	\$ 223.99	\$ 267.34	\$ 310.51	\$349.99	\$ 492.97
		Centro	62.32	128.78	139.55	157.57	171.87	188.12	215.14	256.64	297.96	335.76	472.61
		Oeste	70.96	150.09	162.91	184.36	201.39	220.73	252.90	302.31	351.50	396.50	559.44
	No usa productos de tabaco	Este	64.35	114.31	123.69	139.37	151.82	165.97	189.49	225.61	261.58	294.48	413.62
		Centro	62.32	110.15	119.13	134.14	146.06	159.60	182.11	216.70	251.13	282.62	396.67
		Oeste	70.96	127.91	138.59	156.47	170.65	186.78	213.58	254.76	295.75	333.25	469.04
HEALTH 100	Usa productos de tabaco	Este	66.24	138.45	150.15	169.71	185.25	202.90	232.27	277.34	322.23	363.29	511.98
		Centro	64.14	133.26	144.45	163.18	178.07	194.96	223.06	266.22	309.19	348.50	490.83
		Oeste	73.12	155.42	168.75	191.05	208.76	228.88	262.34	313.72	364.88	411.67	581.14
	No usa productos de tabaco	Este	66.24	118.05	127.80	144.10	157.21	171.93	196.38	233.79	271.37	305.58	429.49
		Centro	64.14	113.88	123.21	138.82	151.22	165.30	188.72	224.68	260.49	293.24	411.85
		Oeste	73.12	132.35	143.46	161.04	176.80	193.56	221.45	264.26	306.89	345.89	487.11

**Este es sólo un cálculo por región.** Las primas también varían dependiendo del tamaño de la familia y el condado. Visite la Calculadora de primas en línea en: [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov) para calcular sus primas mensuales o llame a los representantes de Washington Health hoy mismo al 1-800-660-9840.

## Región del este

Ferry; Adams; Asotin; Columbia; Franklin; Garfield; Lincoln; Pend Oreille; Spokane; Stevens; Walla Walla y Whitman.

## Región central

Benton; Chelan; Douglas; Grant; Kittitas; Klickitat; Okanogan y Yakima.

## Región del oeste

Clallam; Clark; Cowlitz; Grays Harbor; Island; Jefferson; King; Kitsap; Lewis; Mason; Pacific; Pierce; San Juan; Skagit; Skamania; Snohomish; Thurston; Wahkiakum y Whatcom.

# Leer todo el documento

Algunos beneficios y servicios NO están cubiertos por Washington Health. Queremos que esté al tanto de cuáles son. Cualquier tratamiento o servicio que se utilice para estas enfermedades son su responsabilidad y tendrá que pagar por ellos en su totalidad.

Si usted aún tiene preguntas o quiere ver una lista completa y todos los detalles, lea el *Washington Health Member Handbook* que está disponible en [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov).

- Todo servicio no autorizado o todo suministro no incluido específicamente en la lista como servicio cubierto
- Inseminación artificial o fecundación in vitro
- Cirugía cosmética o reconstructiva (excepto lo que se estipule específicamente)
- Atención secundaria
- Servicios dentales (excepto lo que se estipule específicamente)
- Servicios de los centros de emergencia para enfermedades que no son de emergencia
- Anteojos, lentes de contacto y exámenes oculares que no son de rutina (que no forman parte de la atención preventiva)
- Audífonos
- Cargos del hospital por objetos para el confort personal
- Vacunas, excepto las cubiertas por “atención preventiva”
- Tratamiento para infertilidad o impotencia
- Trastornos del aprendizaje
- Cargos por citas perdidas
- Discapacidades de desarrollo neurológico
- Obesidad/obesidad mórbida
- Reemplazo de medicamentos robados o perdidos
- Reversión de esterilización
- Servicios que sobrepasen su máximo de beneficios especificado
- Servicios pagaderos por otros tipos de seguro
- Servicios recibidos cuando no está cubierto por Washington Health
- Servicios que no entran en la definición de “necesidad médica”
- Operación de cambio de sexo
- Servicios no autorizados
- Programas de pérdida de peso

**Nota:** Este documento tiene por finalidad presentar una visión general de Washington Health y no constituye un contrato ni una lista completa de beneficios, limitaciones y exclusiones. Para obtener más información, visite: [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov).

# Definiciones útiles

## Límite de beneficio anual

Es el monto en dólares que su plan de salud paga **cada año** por los servicios cubiertos.

## Facturación del saldo

Cuando visita a un proveedor fuera de la red sin derivación de su plan de salud, usted está sujeto al pago de tarifas adicionales. Además de los copagos, los deducibles y el coseguro, usted paga la diferencia entre el monto que su plan de salud permite para el servicio y lo que el proveedor decide facturar por el servicio, que generalmente no se descuenta.

## Coseguro

El porcentaje que usted paga por determinados servicios después de haber pagado su deducible anual. Su plan de salud paga el monto restante.

## Copago

Un monto de dólar fijo que paga cuando recibe servicios específicos. Los copagos no se aplican en el deducible, el coseguro o el máximo que usted paga por su cuenta y no todos los servicios requieren copago.

## Deducible

El monto que paga cada año calendario antes de que su plan de salud empiece a pagar por los servicios con coseguro. El deducible no se aplicará a su máximo por cuenta propia.

## Internación

La atención que recibe por los servicios cubiertos y que resulta en una estadía de una noche o más en un hospital o centro de atención de salud.

## Proveedor no participante (fuera de la red)

Atención recibida de proveedores de atención primaria, especialistas, centros de atención primaria y hospitales que **no** están contratados por el Plan de Salud Comunitario de Washington. Si usted recibe atención de un proveedor no participante y no tiene derivación de su proveedor de atención primaria, debe estar preparado para pagar costos adicionales por los servicios recibidos.

## Límite de pago por cuenta propia

El máximo de coseguro que tendrá que pagar en un año calendario por cada miembro de la familia cubierto. Sólo los costos de su coseguro se aplican a su límite de pago por cuenta propia.

### Paciente ambulatorio

Servicios cubiertos que no requieren una internación. Podría recibirse dicha atención en el consultorio médico, en un centro hospitalario de atención ambulatoria o en un centro quirúrgico.

### Proveedor participante (dentro de la red)

La atención que usted recibe de una clínica del Plan de Salud Comunitario de Washington o de proveedores de atención primaria, especialistas, centros de atención primaria y hospitales que están contratados por el Plan de Salud Comunitario de Washington.

### Enfermedad preexistente

Una enfermedad, lesión o dolencia para la que ha habido un diagnóstico, tratamiento (que incluye medicamentos recetados), u orientación o consultas médicas dentro de los seis meses precedentes a la fecha de vigencia de su inscripción.

### Proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención médica personal. Su proveedor de atención primaria puede ser un médico de cabecera o generalista, internista, pediatras u otros proveedores aprobados por su plan de salud.

### Cuestionario estándar sobre salud

Un *Cuestionario estándar sobre salud* consulta a los solicitantes sobre su cobertura de salud reciente y su historia clínica. Completar un *Cuestionario estándar sobre salud* (SHQ, por sus siglas en inglés) es un requisito para la inscripción en el Programa de Salud de Washington, a menos que esté exento.

# ¿Cómo me inscribo? Son tres sencillos pasos.

## 1. Llenar

- a. Llene la *Solicitud de Washington Health* lo más que pueda. Se necesita una solicitud por familia (sólo incluya a los miembros de la familia que solicitan cobertura).
- b. Llene un *Cuestionario estándar sobre salud (SHQ)* por **cada miembro de la familia** que solicite cobertura.

El SHQ está disponible en línea para su descarga en: [www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov). Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-660-9840.

- c. Necesitamos una prueba de su dirección.  
Debe enviar una copia de algún documento que muestre su nombre y su dirección actual. Algunos ejemplos incluyen:
  - Una factura de servicio público que muestre su dirección física actual
  - Licencia de conducir o tarjeta de identificación (ID) del estado de Washington
  - Recibo de la renta o hipoteca
  - Si vive con alguien más, pídale firmar una declaración que indique que usted vive con esa persona y envíe una prueba de su dirección.
  - Inscripción actual en la escuela

Si usted proporciona un número válido de su licencia de conducir o su tarjeta de identificación del estado de Washington en su solicitud, no debe enviar nada más.

**Tenga en cuenta que:** Los documentos que muestran sólo un apartado postal no son prueba de su dirección física.

## 2. Enviar todo

Envíe su solicitud, el SHQ y la prueba de residencia a:

Washington Health Program  
PO Box 42714  
Olympia, WA 98504-2714

O por fax al:  
360-923-2610

## 3. Pagar

Después de aprobar su cobertura, le enviaremos una factura por la cobertura del primer mes.

### ¿Quiere saber más?

Visite nuestro sitio web para inscribirse hoy:  
[www.washingtonhealth.hca.wa.gov](http://www.washingtonhealth.hca.wa.gov)

O llame y hable con nosotros:  
1-800-660-9840

### ¿Tiene preguntas sobre los proveedores de salud o los servicios disponibles?

El Plan de Salud Comunitario de Washington está preparado para ayudarle:

Línea telefónica gratuita: 1-800-440-1561

Número telefónico de TTY/TTD: 1-800-833-6388

Horario de Atención al Cliente:

Lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

[www.chpw.org](http://www.chpw.org)



**Washington State Health Care Authority**  
**PO Box 42714**  
**Olympia, WA 98504**  
HCA 27-250 SP (1/12)

**¿Quiere saber más?**  
**Llámenos y hable con nosotros: 1-800-660-9840**

A fin de obtener este documento en otro formato (como Braille o audio), llame al Coordinador de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) al 360-923-2714. Los usuarios de TTY pueden llamar este número mediante el Servicio de Retransmisión de Washington marcando el 711.