

BrightIdea

Cobertura de atención a la salud bien balanceada para personas y familias

BrightIdea y BrightPath: Una asociación que le funciona

PacificSource se ha asociado con BrightPath Health Network en Idaho. BrightPath comparte nuestro compromiso de ayudar a empleadores, proveedores y pacientes a reformar el cuidado de la salud a nivel comunitario. BrightPath aporta profesionales del cuidado de la salud para ayudar a controlar los costos, promover iniciativas de salud y reinvertir en las comunidades locales.

Usted puede libremente usar doctores u hospitales que no estén en la red BrightPath, pero ahorrará dinero al usar uno de los más de 3,200 profesionales BrightPath en todo Idaho. El porcentaje de reembolso será mayor para los proveedores participantes que para los proveedores no participantes. Los proveedores participantes aceptan el pago de beneficios bajo la póliza como pago total, y no le facturarán por el saldo (más que por deducibles, coseguros o copagos).

Para obtener información específica de proveedores, por favor consulte el Directorio de Proveedores Participantes BrightPath en PacificSource.com.

Los extras de PacificSource agregan más valor a su cobertura

Aproveche estos programas para miembros, disponibles sin ningún costo adicional.

Estos programas y servicios de valor agregado no son un seguro, pero se ofrecen además de su plan médico para ayudarle a hacerse cargo de su salud.

Herramientas en Internet en PacificSource.com

InTouch for Members (InTouch para miembros) le permite rastrear sus beneficios en Internet. El Directorio de Proveedores PacificSource le ayuda a encontrar información actualizada sobre los proveedores participantes locales de BrightPath.

Programas de salud y bienestar*

Mejore su salud y maneje las afecciones existentes con la ayuda de nuestros programas de salud y bienestar. Nuestros "extras" incluyen servicios del programa para dejar de fumar, atención prenatal, y reembolso por clases de bienestar recibidas en un hospital*. También ofrecemos programas para ayudarle a manejar afecciones existentes, como diabetes, presión arterial alta, y otras enfermedades crónicas. A través de InTouch for Members, usted también puede tener acceso a información y administrar su salud en Internet usando Health Manager (Administrador de salud).

Servicios globales de emergencia

Viaje sin preocupaciones con los servicios globales de emergencia de Assist America®. Si usted experimenta una emergencia médica cuando viaje a 100 o más millas de su hogar o en un país extranjero, Assist America le ofrece una amplia gama de servicios.

** Visite nuestro sitio web, PacificSource.com, para obtener más detalles.*

Preguntas frecuentes y respuestas

- 1. Me esfuerzo para mantenerme saludable. ¿Qué puede ofrecerme BrightIdea?**
Sabemos que usted valora la buena salud, por lo que BrightIdea tiene beneficios preventivos ya incluidos.
- 2. ¿Qué es un beneficio por accidente?**
El beneficio único por accidente de BrightIdea pagará 100 por ciento de los primeros \$500 (o \$1,000, dependiendo del plan que elija) de sus gastos médicos, si el tratamiento ocurre dentro de los 90 días de un accidente. Esta cobertura no está sujeta a su deducible anual.
- 3. ¿Cómo obtengo el máximo de mi cobertura?**
Para obtener el máximo de su cobertura BrightIdea, use proveedores que participen en la red BrightPath. Usted ahorrará en sus gastos médicos personales.
- 4. ¿Qué sucede si me enfermo y necesito ver al médico?**
¡Usted está cubierto! Los beneficios varían dependiendo del plan que elija. Con nuestro plan Preferred, usted podrá visitar al médico las veces que necesite y sólo pagará un copago de \$25; no se aplicará su deducible. Con nuestro plan Value, usted puede visitar al médico hasta cuatro veces al año por un copago de sólo \$25, más 40 por ciento de coseguro; después de su cuarta visita se aplicarán su deducible y coseguro. Los planes de Cuenta de Ahorros de Atención de Salud (HSA, por sus siglas en inglés) están sujetos a su deducible.



| | Organización de Proveedor Preferido (PPO) BrightPath | | | | Cuenta de Ahorros de Atención de Salud (HSA) | | | |
|---|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Sus costos (cada año calendario) | Preferred | | Value | | HSA \$1,500 y \$3,000 | | HSA \$5,000 | |
| Deducible anual y proveedor participante | Deducible | Límite de gastos personales | Deducible | Límite de gastos personales | Deducible | Límite de gastos personales | Deducible | Límite de gastos personales |
| Gastos personales (individual/familiar) <i>El deducible se aplica al límite de gastos personales.</i> | \$2,500/\$5,000 | \$8,000/\$16,000 | \$2,500/\$5,000 | \$10,000/\$20,000 | \$1,500/\$3,000 | \$5,000/\$10,000 | \$5,000/\$10,000 | \$5,000/\$10,000 |
| | \$5,000/\$10,000 | \$9,000/\$18,000 | \$5,000/\$10,000 | \$10,000/\$20,000 | \$3,000/\$6,000 | \$5,800/\$11,600 | | |
| | \$7,500/\$15,000 | \$10,000/\$20,000 | \$7,500/\$15,000 | \$10,000/\$20,000 | | | | |
| | | | \$10,000/\$20,000 | \$12,500/\$25,000 | | | | |
| Coseguro (porcentaje del costo que usted es responsable de cubrir después de que se cumple con el deducible) | Proveedor preferido ¹ : 30% Proveedor no preferido: 50% | | Proveedor preferido ¹ : 40% Proveedor no preferido: 50% | | Proveedor preferido ¹ : 20% Proveedor no preferido: 50% | | Proveedor preferido ¹ : 100% cubierto Proveedor no preferido: 50% | |
| Beneficio anual máximo | \$2,000,000 | | | | \$2,000,000 | | | |
| Beneficio máximo de por vida | No hay máximo de por vida | | | | No hay máximo de por vida | | | |
| Beneficio por accidente | Paga 100% de los primeros \$1,000 si el tratamiento ocurre dentro de los 90 días posteriores al accidente ² , después se aplican el deducible y el coseguro | | Paga 100% de los primeros \$500 si el tratamiento ocurre dentro de los 90 días posteriores al accidente ² , después se aplican el deducible y el coseguro | | Paga 100% de los primeros \$500 si el tratamiento ocurre dentro de los 90 días posteriores al accidente ² , después se aplican el deducible y el coseguro | | | |
| Beneficios del plan de proveedor preferido¹ (cada año calendario) | | | | | | | | |
| Cuidado preventivo (exámenes médicos y ginecológicos de rutina) | 100% cubierto ² | | 100% cubierto ² | | 100% cubierto ² | | 100% cubierto ² | |
| Visitas al consultorio (enfermedades y lesiones) | \$25 de copago, después 100% cubierto ² | | Primeras 4 visitas: \$25 de copago, después 100% de coseguro ² Después de la 4ª visita: se aplican deducible y coseguro | | Deducible, después 20% de coseguro | | Deducible, después 100% cubierto | |
| Vacunas | 100% cubierto ² | | | | 100% cubierto ² | | 100% cubierto ² | |
| Laboratorio de diagnóstico, radiografías | Se aplican deducible y coseguro | | | | Se aplican deducible y coseguro | | | |
| Maternidad³ | Se aplica un deducible separado de \$5,000 | | | | No cubierto | | | |
| Procedimientos en hospital y consultorio | Se aplican deducible y coseguro | | | | Se aplican deducible y coseguro | | | |
| Tratamiento quiropráctico | \$25 de copago, después 100% cubierto ² | | No cubierto | | Deducible y coseguro | | Deducible, después 100% cubierto | |
| Vista | Examen de la vista: Copago de \$25, después 100% cubierto Materiales: \$100 por año calendario ² | | No cubierto | | No cubierto | | No cubierto | |
| Medicinas recetadas | Medicamentos genéricos: Copago de \$10 Medicamentos de marca preferidos: deducible separado de \$1,000, después 50% de coseguro ² | | Medicamentos genéricos: Copago de \$15 Medicamentos de marca preferidos: deducible separado de \$1,000, después 50% de coseguro ² | | Se aplica el deducible, después: Medicamentos genéricos: 50% de coseguro. Medicamentos de marca preferidos: 50% de coseguro | | Se aplica el deducible, después: Medicamentos genéricos: 100% cubierto. Medicamentos de marca preferidos: 100% cubierto | |

¹ Un proveedor preferido es un proveedor que participa en nuestra red. (Revise nuestro directorio de proveedores para obtener una lista de los médicos y hospitales participantes.)

² No sujeto al deducible anual.

³ Las complicaciones involuntarias del embarazo serán cubiertas por beneficios médicos mayores.

¿Tiene alguna pregunta?

Visítenos por Internet en PacificSource.com, llame a su agente de seguros, o comuníquese con un Representante de Servicio Individual de PacificSource al 208.333.1559, llame sin cargo al 855.333.1559, o envíe un mensaje de correo electrónico a idahoindividual@pacificsource.com. Esperamos poder ayudarle.



PacificSource.com

PacificSource tiene oficinas corporativas en Eugene, Oregon, con oficinas regionales en Portland, Bend y Medford, Oregon, así como en Boise, Coeur d'Alene y Idaho Falls, Idaho. Fundados en 1933, proporcionamos beneficios médicos y dentales a más de 6,000 empleadores del noroeste y cubrimos a más de 225,000 personas con planes de seguro de salud de grupo e individual.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para solicitar la cobertura individual con los Planes de Salud PacificSource si es residente de Idaho o dependiente de un residente de Idaho que también resida en Idaho, no recibe seguro de salud sujeto a la normatividad de la Ley de Disponibilidad de Seguro de Salud de Empleador Pequeño (Small Employer Health Insurance Availability Act), y tiene menos de 65 años de edad al momento de la solicitud. Usted no es elegible si actualmente es elegible para Medicare o Medicaid o cualquier programa sucesor.

DISPONIBILIDAD

Como condición para ofrecer planes de beneficios de salud individual en Idaho, los Planes de Salud PacificSource ofrecen activamente planes de beneficios de salud que incluyen planes obligatorios de acuerdo con el grupo de alto riesgo (High Risk Pool) de Idaho.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Las pólizas individuales serán renovables con respecto al Asegurado, por opción del Titular de la Póliza, excepto en cualquiera de los siguientes casos: no pago de las primas requeridas; fraude o tergiversación intencional de hechos materiales por parte del Asegurado o sus representantes; cambios de residencia del individuo a una que esté fuera del Área de Servicio geográfica establecida; si esta Póliza se pone a disponibilidad del individuo a través de una (1) o más asociaciones, y la membresía del empleador en la asociación deja de existir; o Planes de Salud PacificSource elige no renovar todas sus pólizas enviadas o designadas para envío a los individuos en el estado de Idaho.

PERÍODOS DE ESPERA

Los beneficios para Afecciones Preexistentes sólo se proporcionarán para servicios doce (12) meses o más después de la Fecha de Entrada en Vigencia del Asegurado de acuerdo con la Póliza. Este período de espera no se aplicará a Bebés Recién Nacidos, incluyendo Bebés Recién Nacidos adoptados, quienes deberán estar cubiertos desde el momento del nacimiento, o a niños adoptados o niños en proceso de ser adoptados que hayan sido colocados bajo custodia del Titular de la Póliza. Los Planes de Salud PacificSource renunciarán a cualquier período de tiempo aplicable a un período de exclusión o limitación de una Afección Preexistente durante el tiempo que un individuo estuvo cubierto anteriormente por una Cobertura Previa Calificativa, siempre y cuando la Cobertura Previa Calificativa haya sido continua hasta una fecha no mayor de sesenta y tres (63) días anteriores a la Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura bajo esta Póliza.

AFECCIÓN PREEXISTENTE

Una Afección Preexistente se refiere a una afección que habría hecho que una persona ordinariamente prudente buscara asesoría médica, diagnóstico, cuidados o tratamiento dentro de un período de seis (6) meses inmediatamente antes de la Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura; una afección por la que se haya recomendado o recibido asesoría o tratamiento médico durante un período de seis (6) meses inmediatamente antes de la Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura; o un embarazo existente en la Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura. El período de exclusión de la Afección Preexistente no se aplica a miembros asegurados o sus dependientes menores de 19 años de edad. Una exclusión o limitación de la Afección Preexistente no se aplicará a un individuo con cobertura previa calificativa. Cobertura previa calificativa significa los beneficios o cobertura de salud provistos bajo cualquiera de los siguientes:

- Plan de beneficios de salud de grupo;

- Cobertura de seguro de salud, sin importar si la cobertura es ofrecida en el mercado de grupo, el mercado individual, o de otra forma;
- Parte A o Parte B del Título XVII de la Ley de Seguridad Social (Medicare);
- Título XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid);
- Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (cuidados médicos y dentales para miembros y ciertos familiares de los servicios uniformados y sus dependientes). Para propósitos del Capítulo 55, Título 10 del Código de los Estados Unidos, "servicios uniformados" significa las fuerzas armadas, los Cuerpos Comisionados de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, y el Servicio Público de Salud;
- Un programa de cuidados médicos de los Servicios de Salud Indios o de una organización tribal;
- Un grupo de riesgo de beneficios de salud estatal;
- Un plan de salud pública, el cual para los propósitos de esta ley, significa un plan establecido o mantenido por un estado, un país extranjero, el gobierno de los Estados Unidos, u otra subdivisión política de un estado, el gobierno de los Estados Unidos, o un país extranjero que proporcione cobertura de seguro de salud a individuos inscritos en el plan;
- Un plan de beneficios de salud bajo la sección 5(e) de la Ley de Cuerpos de Paz (22 U.S.C. 2504(e)); o
- Un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), bajo el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, ya sea un programa separado autónomo, un programa de expansión CHIP Medicaid, o un programa de combinación, y sea provisto a través de un plan de salud de grupo, seguro de salud, o cualquier otro mecanismo.

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS Y GARANTÍAS DE LAS PRIMAS

- a) Cómo se establecen las primas
Su prima se determina por dos factores: características del caso y estado de salud. Las características del caso de su póliza incluyen los beneficios que seleccionó, su ubicación geográfica y la edad y sexo de los individuos cubiertos en su póliza. Estas características del caso determinan su tarifa índice, la cual es la misma para todos los individuos con las mismas características del caso. La tarifa índice se ajusta después para el estado de salud de los individuos cubiertos en su póliza. El estado de salud podría causar que las primas se establecieran en cualquier punto entre 50 por ciento por encima y 50 por ciento por debajo de la tarifa índice. Además de un cambio en la tarifa índice, no se dará un aumento de más del 15 por ciento en la prima cada año debido a cambios en el estado de salud. La porción restante de cualquier aumento de prima se debe a cambios en las características del caso o las tendencias médicas generales.
- b) Garantía de la prima
Garantizamos su prima inicial durante 12 meses para los beneficios seleccionados. Su prima podría cambiar si usted cambia sus beneficios. Cualquier prima nueva se aplica a partir de la fecha en la que comiencen los cambios a los beneficios. Podría hacerse una excepción a la garantía de la prima si cualquier ley estatal o federal aumentara inesperadamente nuestros costos administrativos o responsabilidad de reclamaciones. Cada póliza está sujeta a un ajuste de prima durante su renovación.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Esta póliza no paga beneficios para lo siguiente:

Admisión anterior a la cobertura.

Rehabilitación cardiaca Fase III.

Cargos sobre la tarifa que se permite.

Tratamiento quiropráctico (Sólo plan BrightPath Value).

Servicios y suministros cosméticos y reconstructivos, excepto para anomalías congénitas.

Conducta delictiva – enfermedad o lesión en la que una causa que contribuyó fue la comisión o intento de cometer un delito mayor por parte del miembro.

Cuidados de custodia.

Exámenes dentales y tratamiento.

Fármacos y medicinas que no sean administrados mientras se es paciente interno en el hospital, o no sean prescritas por un médico u otro profesional con licencia que prescriba dentro del alcance de su licencia, o no sean dispensados por un farmacéutico con licencia, o sean principalmente usados para el tratamiento de la salud mental, sin importar el diagnóstico.

Abortos electivos, excepto para preservar la vida del miembro a quien se le practica el aborto.

Equipo comúnmente usado con propósitos no médicos, comercializado al público en general y disponible sin una receta, con la intención de alterar el ambiente físico, o usado principalmente en actividades atléticas o recreativas.

Servicios experimentales o de investigación.

Examen de la vista, anteojos o refracción (sólo planes BrightIdea Value y HSA).

Planeación familiar – excepto con el propósito de diagnosticar una posible infertilidad.

Podología (de rutina).

Óptica del pie, incluidos los cargos relacionados para evaluación y enyesado.

Prótesis auditivas (o audífonos) y suministros.

Vacunas, excepto aquellas especificadas en la sección Cuidados Preventivos de Gastos Cubiertos.

Infertilidad – excepto con el propósito de diagnosticar una posible infertilidad.

Maternidad – los beneficios no son provistos para hijos dependientes.

Salud mental – a excepción del examen de diagnóstico inicial realizado por un profesional de salud mental elegible, PacificSource no pagará los beneficios por los servicios y suministros de un profesional del cuidado de la salud mental u otro tipo por los siguientes diagnósticos o categorías de diagnóstico como aparecen en la cuarta edición del Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV): retraso mental, trastornos de aprendizaje, trastornos de las habilidades motoras, trastornos de comunicación, trastornos artificiosos, trastornos que alteran la conducta, trastornos provocados, trastornos de identidad sexual o de género, trastornos en el control de los impulsos, desviaciones sexuales excepto pedofilia, problemas de relación, trastornos relacionados con cafeína o nicotina y la categoría de “trastornos adicionales que pueden ser centro de atención clínica”. Esta exclusión se aplica a los trastornos y retrasos del desarrollo, trastornos de aprendizaje, trastornos de integración sensorial y trastornos de

conducta, ya sean asociados o no con el trastorno de déficit de la atención e hiperactividad o reacciones de ajuste. **Los fármacos principalmente usados en el tratamiento de la salud mental también se excluyen.**

Terapeuta naturista, homeópata, masajista – servicio prestado por un profesional naturista u homeópata o una terapeuta masajista.

Obesidad o control de peso – cirugía u otros servicios o suministros relacionados para el control de peso u obesidad (incluidas todas las categorías de obesidad). No obstante, el tratamiento directo médicamente necesario de las afecciones médicas que son causadas o complicadas por la obesidad sí está cubierto.

Afecciones preexistentes – excepto como se establece en esta póliza.

Enfermería de servicio privado.

Proveedores no especificados como elegibles para reembolso de acuerdo con las disposiciones de esta póliza.

Rehabilitación – evaluaciones de capacidad funcional, programas para trabajar más arduamente, rehabilitación vocacional, servicios de reintegración a la comunidad, y evaluaciones de manejo de autos y programas de entrenamiento.

Servicios y suministros de rutina – servicios, suministros y equipo no involucrados en el diagnóstico o tratamiento, sino proporcionados principalmente para la comodidad, conveniencia, propósito cosmético, control ambiental o educación de un paciente o para el procesamiento de registros o reclamaciones.

Exámenes y pruebas de monitoreo – servicios y suministros, incluidos exámenes de imagenología y monitoreo realizados con el solo propósito de monitorear y no asociados con diagnósticos específicos o señales y síntomas de enfermedad o de anomalías en pruebas anteriores, excepto como sea médicamente necesario en el tratamiento o diagnóstico de una afección o al grado que cubran los beneficios de cuidados preventivos de la póliza.

Servicios o suministros para los cuales no se hace cargo alguno o que el miembro no tiene la obligación legal de pagar.

Trastornos sexuales.

Cambio de sexo.

Responsabilidad de terceros, responsabilidad de vehículo automotor, cobertura de seguro de vehículo automotor, compensación de los trabajadores.

Programas de entrenamiento o de autoayuda.

Tratamiento después de que finaliza el seguro.

Tratamiento no médicamente necesario.

Tratamiento anterior a la inscripción.

Tratamiento mientras se encuentra encarcelado.

No dispuesto a divulgar información – cargos por servicios o suministros para los cuales un miembro no está dispuesto a divulgar información médica necesaria para determinar si reúne los requisitos del pago.

Afecciones relacionadas con una guerra – el tratamiento de alguna afección causada por un acto bélico (ya sea declarado o no declarado); participación en una revuelta o insurrección; o mientras se presta servicio en las fuerzas armadas o unidades que las auxilian.

Compensación de los trabajadores, Medicare, CHAMPUS – cargos por los beneficios provistos por la Compensación de los trabajadores, Medicare, o CHAMPUS.

Planes BrightIdea

Cobertura de atención a la salud bien balanceada para personas y familias




PacificSource
HEALTH PLANS

PSIP.ID.IND.BRIGHTIDEA.HSA.0311
PSIP.ID.IND.BRIGHTIDEA.VALUE.0311
PSIP.ID.IND.BRIGHTIDEA.PREFERRED.0311
BIFlierID_0911