

SmartHealth

Cobertura de atención a la salud para personas y familias enfocadas en la salud

Cobertura de atención a la salud diseñada para personas enfocadas en la salud, como usted.

Sabemos que usted y su familia valoran la buena salud. Por eso SmartHealth tiene beneficios preventivos incluidos, junto con cobertura para medicamentos con receta y pruebas de laboratorio. Nuestra meta es hacer que su cobertura de seguro médico sea fácil de entender y cómoda de usar. Por esa razón los deducibles para el plan familiar SmartHealth están combinados: un deducible para toda la familia.



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 tomar el control 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.

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 tiene una emergencia médica cuando viaja a 100 millas o más de su hogar o en un país extranjero, Assist America le ofrece una amplia gama de servicios para ayudarle.

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

SmartHealth - porque usted administra tan bien su salud.

1. Me esfuerzo para mantenerme saludable. ¿Qué puede ofrecerme SmartHealth?

Sabemos que usted valora la buena salud, por lo que SmartHealth tiene beneficios preventivos ya incluidos. No tendrá que usar su deducible.

2. ¿Qué sucede si me enfermo y necesito ver al médico?

No hay problema. El plan SmartHealth proporciona cuatro visitas a un médico de la red cada año, por un simple copago de \$30. Si necesita ver al médico con más frecuencia, se aplica su deducible y su coseguro ayudará a pagar la factura.

3. Supongamos que mi hijo se lesiona, ¿cómo cubrirá SmartHealth las radiografías o pruebas de laboratorio?

SmartHealth cubre hasta los primeros \$500. Si el costo sube de \$500, su deducible se aplica y el coseguro comienza.

4. ¿Y si alguien acaba internado en el hospital?

Usted está cubierto. El máximo de gastos personales sería el coseguro más el deducible.

5. ¿Cómo obtengo el máximo de mi cobertura?

Use proveedores preferidos (proveedores que participan en nuestra red de proveedores) para obtener el máximo de su cobertura.

SmartHealth

Opciones de plan y aspectos destacables de la cobertura

SmartHealth está diseñado para brindar valor y protección a personas y familias que se responsabilizan por su propia salud.

Elija entre planes de salud que incluyen:

- Visitas al consultorio y beneficios de diagnóstico antes del deducible
- Beneficio de medicamentos con receta
- Un sencillo deducible familiar
- Red estatal de médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud acreditados



Sus costos (cada año calendario)	Organización de Proveedor Preferido (PPO)				Cuenta de Ahorros de Atención de Salud (HSA)	
	PPO Individual	PPO Individual o Familiar	PPO Individual	PPO Individual o Familiar	HSA Individual	HSA Familiar
Opciones de deducible	\$2,000	\$4,000 ¹	\$5,000	\$7,000 ¹	\$3,000	\$6,000 ¹
Coseguro (porcentaje del costo que usted es responsable de cubrir después de que se cumple con el deducible)	Proveedor preferido ³ : 25% Proveedor no preferido: 50%				Proveedor preferido ³ : 25% Proveedor no preferido: 50%	
Límite de gastos personales (deducible más coseguro)	\$5,000 más su deducible				\$2,000 más su deducible	\$4,000 más su deducible
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	
Beneficios del plan de proveedor preferido³ (cada año calendario)						
Cuidado preventivo (exámenes médicos y ginecológicos de rutina)	100% (no sujeto a su deducible)				100% (no sujeto a su deducible)	
Visitas al consultorio (enfermedades y lesiones)	4 visitas con copago de \$30, después se aplican su deducible y coseguro.				Deducible y coseguro	
Vacunas	100% (no sujeto a su deducible)				100% (no sujeto a su deducible)	
Laboratorio de diagnóstico, radiografías	\$0 de copago hasta un máximo de \$500 (Después de \$500, el costo se aplica a su deducible)				Deducible y coseguro	
Maternidad ²	Deducible separado de \$7,500				No hay cobertura	
Procedimientos en hospital y consultorio	Deducible y coseguro				Deducible y coseguro	
Medicamentos recetados	Medicamentos genéricos: Copago de \$10 Medicamentos de marca: Deducible separado de \$1,000, después 50% de coseguro				Después de que se cumple con el deducible médico: Medicamentos genéricos: Copago de \$10 Medicamentos de marca: 50% de coseguro	

¹ Los gastos elegibles para todos los miembros de la familia se usan para cumplir con el deducible familiar combinado.

² Las complicaciones involuntarias del embarazo serán cubiertas por beneficios médicos mayores.

³ Un proveedor preferido es un proveedor que participa en nuestra red. (Revise nuestro directorio de proveedores para obtener una lista de los doctores y hospitales participantes.)

¿Tiene alguna pregunta?

Visítenos por Internet en PacificSource.com, llame a su agente de seguros, 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.

Preguntas IMPORTANTES para hacer:

¿Qué es un período de espera?

¿Me pueden negar la cobertura?

¿Mi prima subirá el año próximo?

¿Cuento con cobertura cuando viajo?

¿SmartHealth es diferente de un plan de beneficios limitado?



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 es elegible para cobertura a través de un plan de salud de grupo, 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 disposición 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, incluidos Bebés Recién Nacidos adoptados, quienes deberán estar cubiertos desde el momento del nacimiento, 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 significa la existencia de 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 anterior a 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 anterior a 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 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 médico, 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 con 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, que es la misma para todos los individuos con las mismas características del caso. La tasa índice se ajusta después para el estado de salud de los individuos cubiertos en su póliza. El estado de salud podría hacer 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 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.

EXCLUSIONES – Los beneficios no se proporcionarán en ninguna de las siguientes circunstancias o por cualquiera de las siguientes afecciones, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza:

1. Abortos electivos, excepto para preservar la vida del Asegurado a quien se le practica el aborto.
2. Cualquier servicio prestado a un Asegurado que abandone el consultorio de un Médico, Instalación u Hospital contra la recomendación del Médico tratante.
3. Cualquier procedimiento o tratamiento diseñado para alterar las características físicas del Asegurado, del sexo biológicamente determinado del Asegurado a aquéllas de otro sexo.
4. Terapias alternativas.
5. Servicios o suministros cosméticos o reconstructivos, incluidos los servicios y suministros relacionados con un procedimiento cosmético anterior o las complicaciones de un procedimiento cosmético anterior, excepto como se indica a continuación: (a) relacionados con la reconstrucción del seno después de una mastectomía al grado que lo permita la ley; (b) debidos a un trauma, infección, u otra enfermedad de la

Cobertura de atención a la salud inteligente para personas y familias

- parte involucrada, o (c) debidos a una enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto.
6. No se proporcionan beneficios para el tratamiento de lesiones sufridas mientras se comete un delito mayor, al formar parte voluntariamente de una revuelta, o al participar en un acto u ocupación ilegal.
 7. Cuidados de custodia.
 8. Anestesia general, sedación consciente, y óxido nítrico para la extracción de piezas dentales u otros procedimientos dentales, ya sea como paciente interno o en una instalación ambulatoria o consultorio de un proveedor.
 9. Equipo de ejercicio, unidades de hielo, unidades térmicas electrónicas controladas, equipo y accesorios de higiene y del hogar. Freno(s) que se recete(n) a un Asegurado con otro propósito que las actividades necesarias de la vida diaria; ciclos de ejercicio, purificadores de aire, aire acondicionado central o unitario, purificadores de agua, almohadas, colchones o camas de agua hipoalérgicas y cualquier suministro o equipo que no cumpla con la definición de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).
 10. Fármacos y procedimientos experimentales o de investigación.
 11. Cualquier servicio, incluidas recetas para productos farmacéuticos, pedidos o facilitados por un Proveedor que sea un Miembro Inmediato de su Familia.
 12. La inversión de un procedimiento de esterilización electiva; cualquier producto anticonceptivo disponible sin una receta.
 13. Cuidado rutinario de los pies, incluidos, en forma enunciativa entre otros: corte de callos, durezas y uñas, excepto aquellos servicios relacionados con afecciones sistémicas.
 14. Pruebas genéticas y asesoría para Aseguradas no embarazadas, con propósitos diferentes a los de la planeación del embarazo.
 15. Cualquier diagnóstico y tratamiento de una discapacidad o dificultad de la audición, incluidos exámenes rutinarios de la audición, aparatos auditivos.
 16. Se excluye cualquier diagnóstico y tratamiento de infertilidad o para tratar la incapacidad de concebir. También se excluyen ecografías u otras técnicas similares diseñadas para determinar si el embarazo ha ocurrido mientras se diagnostica o trata por infertilidad o la incapacidad de concebir.
 17. No se proporcionan beneficios de Maternidad a través de la Póliza HSA, excepto para complicaciones involuntarias del embarazo, las cuales deberán tratarse como cualquier otra enfermedad.
 18. Servicios de Cuidados de Maternidad para hijos Dependientes.
 19. Suministros Médicos sin receta, suministros consumibles o desechables, incluidos en forma enunciativa entre otros: medias elásticas, vendaje elástico, gasa, unidades de hielo, hisopos de algodón o vendajes humedecidos con alcohol.
 20. Los cuidados de afecciones relacionadas con el servicio militar para los que el Asegurado tiene derecho legalmente y para las Instalaciones que sean razonablemente accesibles al Asegurado. Esto incluye enfermedades o lesiones que se desarrollaron mientras se encontraba en el servicio militar.
 21. Consultas por teléfono, correo electrónico o Internet; copiado de registros; pagos atrasados, interés o impuestos por servicios profesionales; para completar un formulario de reclamación; o para millas, transporte, gastos de alimentos o alojamiento personales o para millas, gastos de transporte o alojamiento facturados por un Médico u otro Proveedor.
 22. Cargos realizados a un Asegurado por un Proveedor por citas no cumplidas o canceladas.
 23. Sustancias dietéticas, sustancias nutricionales, o complementos.
 24. Ciertos aparatos de ortótica no son aparatos cubiertos, incluidos, en forma enunciativa entre otros: elevadores del calzado, apoyos para el arco y calzado correctivo.
 25. Servicios para el manejo del dolor (servicios paliativos).
 26. Artículos para comodidad o conveniencia personal, incluyendo en forma enunciativa y no limitativa: comidas y alojamiento de huéspedes, cargos por llamadas telefónicas, gastos de viaje, suministros para llevar a casa, unidades de hielo, servicios de peluquería o salón de belleza, radio, televisión o videos de procedimientos, y habitaciones privadas, a menos que la habitación privada sea Médicamente Necesaria.
 27. Exámenes o pruebas físicas, psiquiátricas o psicológicas, y vacunas, inmunizaciones, tratamientos, o pruebas con propósitos de: (a) obtener o mantener el empleo; o, (b) propósitos premaritales, y pre y postadopción; (c) obtener o mantener un seguro; (d) de otra forma relacionados con el empleo o seguro; (e) obtener o mantener una licencia de cualquier tipo; (f) relacionados con cualquier procedimiento judicial o administrativo; o, (f) investigación médica.
 28. Enfermería de servicio privado y habitaciones privadas, excepto cuando lo aprueben los Planes de Salud PacificSource. Enfermería de servicio privado no incluye cuidados no especializados o cuidados de custodia. No se cubren los cuidados de relevo.
 29. Se excluyen las lesiones autoinfligidas.
 30. Cualquier servicio prestado antes de la Fecha de Entrada en Vigencia del Asegurado es un servicio no cubierto mediante esta Póliza.
 31. Métodos de prueba de alergias considerados inaceptables por la Academia Estadounidense de Alergias, Asma e Inmunología, incluidos kinesiólogía aplicada, pruebas de citotoxicidad, autoinyección de orina, análisis volumétrico de piel (Método Rinkel), pruebas provocativas y de neutralización, o provocación sublingual.
 32. La terapia del habla para afección o afecciones del desarrollo y cognitivas no es un beneficio cubierto.
 33. Servicios requeridos como resultado del suicidio o intento de suicidio, ya sea intencional o no intencional.
 34. No se proporcionan beneficios para medicamentos para "llevar a casa" proporcionados a un paciente al final de una estadía en un hospital o instalación.
 35. Transporte de un Asegurado hacia o desde cualquier ubicación para tratamiento o consulta.
 36. Servicios de Atención a la Vista, excepto pruebas iniciales en el consultorio del profesional de atención médica primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Las exclusiones incluyen anteojos, lentes de contacto (excepto después de una cirugía de cataratas o ausencia congénita), ejercicios del ojo, queratotomía radial y otra cirugía refractiva del ojo incluidas, en forma enunciativa entre otros: queratomileusis miópica y otros procedimientos quirúrgicos del tipo queratoplastia-refractiva, el propósito de los cuales es curar o reducir la miopía o el astigmatismo.
 37. Enfermedad o lesión como resultado de su participación en una guerra, insurrección, o revuelta.
 38. Procedimientos Médicos y Quirúrgicos para el tratamiento de pérdida o control de peso, que pretendan dar como resultado una reducción de peso, o para la inversión, revisión o complicaciones de una cirugía para pérdida o control de peso. Esta exclusión no se aplicará a afecciones médicas causadas por obesidad.
 39. Ningún beneficio se proporciona para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad que surja o sea resultado de cualquier trabajo para obtener un salario o ganancia, y cualquier reclamación subsiguiente de Compensación de los Trabajadores.
 40. Los cuidados médicos programados o que no sean de emergencia fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

