



# Group Health plans offered through Washington Healthplanfinder for 2015

Counties where our plans are available: Benton, Columbia, Franklin, Island, King, Kitsap, Kittitas, Lewis, Mason, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla, Whatcom, Whitman, and Yakima.

## CONTENTS

- 2 Why choose a Group Health plan
- 3 What sets us apart
- 4 Choosing a health plan
- 6 Levels of coverage
- 7 2015 plan highlights
- 11 2015 AIAN plan highlights
- 14 Details and definitions
- 15 Versión en español



# Why choose a Group Health plan?

Choosing coverage for yourself and your family is an important decision.

Our 2015 health plans are designed to give you the most value based on your personal needs and the way you use health care services. Regardless of your income level, job circumstances, or life changes, we have a plan that'll work for you, one that combines patient-centered care, affordability, and an extensive, close-knit provider network.

This step-by-step guide will help you review this year's health plans and select the one that best meets your needs. After you've considered your options, we hope you'll choose Group Health as your health care partner for 2015 and beyond.



# What sets us apart?

With the arrival of health care reform last year, most individual health plans now offer similar benefits and look a lot alike. So how is Group Health different?

---



**Your care and coverage work together.** Solutions happen when people come together to collaborate. Because we operate our own care system—Group Health Medical Centers—our health plan administrators and doctors work together to achieve the single objective of better health for all members. Together, we build smarter health plans that are more patient-centered, and deliver smarter care that keeps people healthier and keeps costs down no matter where you receive your care.



**We focus on preventing illness—not just curing it.** Sure, we're there for you when you're sick, whether it's a simple cold or a serious illness. But our primary goal is to prevent health problems in the first place. Our wellness services and benefits include preventive screenings and immunizations, smoking cessation programs, discounts at fitness facilities, and more.



**Care is available whenever and wherever you need it.** You can call our Consulting Nurse Service 24/7 from anywhere in the world for help with urgent medical questions. Our plans provide emergency coverage, worldwide. And, if you receive care at a Group Health Medical Centers location, you can visit your doctor and get lab and pharmacy services, all under one roof.



**Online services make managing your health care easy.** No matter where you receive your care, you can go online to find a doctor, refill prescriptions, and get a personalized health status report. You can also check your health coverage and benefit usage, and view an extensive library of health topics. If you receive care at Group Health Medical Centers, online services also include e-mailing your doctor, scheduling appointments, viewing your medical record, and checking test results. And our mobile app lets you manage your health care needs on the go.



**You can choose your own doctor from our extensive network of providers.** Our total network includes more than 9,000 providers\* in Washington state, and we contract with 45 of the most respected hospitals in the communities we serve. Group Health Core plans offer exclusive access to more than 1,000 physicians who practice at Group Health Medical Centers—many who have training from the nation's top medical schools, and many with national reputations in their fields.



**Your health care team coordinates your care so you don't have to.** At Group Health Medical Centers, doctors, nurses, physical therapists, pharmacists, and other providers involved in your care all work together to get you the care you need, so all you need to think about is improving your health.

# Choosing a health plan

## STEP 1

Find out if you qualify for financial help from the federal government.

Go to [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) for information about financial assistance, including a calculator that can tell you how much and what type of savings you qualify for. When you visit the website, be sure to have your annual household income and any family members' ages handy to get an accurate estimate of what you'll pay for health coverage.



Depending on your income, you may be able to save on your monthly health plan premiums. You also may be able to save on deductibles, coinsurance, and copayments.

To receive any of this financial assistance, you must purchase your health coverage through Washington Healthplanfinder.

## STEP 2

Consider how you use health care services.

While all of our plans combine high-quality care and great value, each caters to different needs. If you anticipate using a lot of health care services, you may want to consider either our **Core Flex Gold** or **Core Flex Silver plans**. These plans offer a higher monthly premium but lower copays and coinsurance, both of which can add up when you need frequent care. With Core Flex Gold and Silver, the deductible does not apply to your first three primary or specialty care office visits. Those visits are only subject to a copay. After the first three visits, you'll need to meet your deductible before most benefits begin.

On the other hand, if you're healthy and rarely use health care services, consider the Group Health **Core Flex Bronze** plan. With Core Flex Bronze, you pay a lower monthly premium with higher out-of-pocket costs. The deductible does not apply to your first three primary care visits; they are only

subject to a copay. After those visits, you'll need to meet your deductible before most benefits begin.

If you're an adult under age 30, or an adult experiencing some type of hardship, you may be interested in the **Core Basics Plus Catastrophic** plan—a good plan if you expect to need just a few office visits a year, but want coverage in case of major illness or injury. With this plan, you pay a lower monthly premium than with other plans, but are subject to both a higher deductible and more out-of-pocket costs. We also offer **Core Bronze HSA**, a low-cost, high-deductible plan. For more information on our HSA plan, see [page 5](#). For a glossary of health care terms, [see page 14](#).

All of these plans are available through [Washington Healthplanfinder](#), and give you access to the same network of providers previously known as the Group Health network.

If you are an American Indian or Alaska Native (AIAN), please see the benefit plans we offer on [page 11](#).

For more information about Group Health plans, call 1-800-358-8815.

# Choosing a health plan

## STEP 3

### Choose a plan that matches your needs.

Because all health plans are now required to provide coverage that includes the 10 essential benefits, plans look more alike than ever before. How do you choose? Look for a plan that gives you the most value—and the best price—based on the way you use health care services.

See benefit highlights starting on [page 7](#) for details on Group Health Core Flex Gold, Core Flex Silver, Core Flex Bronze, and Core Basics Plus Catastrophic plans.

## STEP 4

### Enroll in a plan through [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org).

#### Important dates to remember

##### **2015 Open enrollment\***

Nov. 15, 2014–Feb. 15, 2015

Applications received by Dec. 23, 2014 for coverage to start on Jan. 1, 2015

Applications received by Jan. 15, 2015 for coverage to start on Feb. 1, 2015

Feb. 15, 2015 for coverage to start on Mar. 1, 2015

\* Certain qualifying events—such as if you lose your health coverage, or have a birth or adoption in your family—allow you to enroll in a health plan, or modify your coverage, at any time during the year, as long as it's no more than 60 days from the date of the qualifying event.

### What's an HSA and is it right for you?

A health savings account (HSA) is a personal savings account that's used to pay for eligible medical expenses. The money you deposit in the account is not taxed, and you own and control that money. You can open an HSA with your own financial institution.

You're eligible for an HSA if you choose a high-deductible, HSA-compatible health plan and aren't covered under another plan or enrolled in Medicare. Group Health's **Core Bronze HSA** plan ([see page 7](#)) is an HSA-compatible plan.

An HSA may be a good choice if you're healthy and want to save for future health care expenses. It's probably not a great idea if you think you may need expensive medical care in the next year and would have trouble meeting the high deductible.

# Levels of coverage

Health carriers can offer four levels of coverage under the health reform law: Platinum, Gold, Silver, and Bronze.

They're called the "metal tiers," and they define how costs will be shared between you and your health plan.

Group Health Cooperative offers Gold, Silver, Bronze, and Catastrophic plans through Washington Healthplanfinder.

We are not offering Platinum plans.

	CATASTROPHIC	BRONZE	SILVER	GOLD
<b>Monthly premium</b>	\$	\$	\$\$	\$\$\$
<b>Your cost when you get care</b> (copays, deductible, coinsurance)	\$\$\$	\$\$\$	\$\$	\$
<b>Benefits</b>	Plan benefits are the same for all metal tiers  Includes 10 essential benefits	Plan benefits are the same for all metal tiers  Includes 10 essential benefits	Plan benefits are the same for all metal tiers  Includes 10 essential benefits	Plan benefits are the same for all metal tiers  Includes 10 essential benefits
<b>Plan eligibility</b>	Adults under age 30, or adults experiencing some sort of hardship.	Individuals and families	Individuals and families  Also, plan variations available only to those qualifying for reductions in cost shares	Individuals and families
<b>Assistance with monthly premium</b>	<b>No</b> Not available with Catastrophic plans	<b>Yes</b> If your income qualifies you	<b>Yes</b> If your income qualifies you	<b>Yes</b> If your income qualifies you
<b>Cost reductions when you get care</b> (deductible, copays, coinsurance, and out-of-pocket limits)	<b>No</b> Not available with Catastrophic plans	<b>No</b> Not available with Bronze plans	<b>Yes</b> If your income qualifies you, you'll be directed to the appropriate Silver plan variation	<b>No</b> Not available with Gold plans
<b>Good choice if you ...</b>	Qualify for this plan, expect limited need for care, but want coverage in case of major illness or injury	Don't expect to use a lot of health care services	Want a balance between monthly premium costs and out-of-pocket costs when you get care	Expect to use a lot of health care services

# 2015 plan highlights

→ [Click here for definitions and benefit details](#)

## GROUP HEALTH CORE FLEX BRONZE

## GROUP HEALTH CORE BRONZE HSA

COVERAGE					
<b>Annual deductible</b> Does not apply to services noted with ♦	\$5,200 per member or \$10,400 per family		\$4,000 Individual / \$8,000 Family		
<b>Member coinsurance</b>	40%		20%		
<b>Out-of-pocket limit</b>	\$6,350 per member or \$12,700 per family		\$6,450 Individual / \$12,900 Family		
BENEFITS		After deductible is met, you pay		After deductible is met, you pay	
<b>Office visits</b>	Deductible does not apply to first 3 primary care visits Primary: \$40 copay per visit for first 3 visits, then 40% coinsurance Specialty: 40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Preventive care services</b>	Covered in full ♦		Covered in full ♦		
<b>Maternity care</b> Routine outpatient prenatal and postpartum visits  Labor and delivery – inpatient	Covered in full ♦  40% coinsurance		Covered in full ♦  20% coinsurance		
<b>Chiropractic/manipulative therapy</b> 10 visits per calendar year	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Acupuncture</b> 12 visits per calendar year	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Lab/radiology services</b>	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Devices, equipment, and supplies</b> (including prosthetics)	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Outpatient surgery</b>	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Emergency care</b>	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Ambulance</b>	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Hospital stays – inpatient</b>	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Skilled nursing</b> 60 days per calendar year	40% coinsurance		20% coinsurance		
<b>Pediatric vision</b> 1 routine exam per year; 1 pair of lenses and frames per year or annual supply of contacts	Covered in full ♦		Covered in full ♦		
<b>Prescription drugs</b> Cost per 30-day supply	Filled at pharmacy: \$10 generic ♦ 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$5 generic ♦ 35% preferred brand, including specialty brand	Filled at pharmacy: 20% generic 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: 15% generic 35% preferred brand, including specialty brand	

♦ Deductible does not apply

NOTE: This is an overview of benefits. The contents are not to be accepted or construed as a substitute for the provisions of the medical coverage agreement. Other terms and conditions may apply. A list of excluded services and other limitations can be found in each plan's Summary of Benefits and Coverage document.

# 2015 plan highlights

→ [Click here for definitions and benefit details](#)

## GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER

## GROUP HEALTH CORE FLEX GOLD

COVERAGE					
<b>Annual deductible</b> Does not apply to services noted with ♦	\$1,250 per member or \$2,500 per family				\$600 per member or \$1,200 per family
<b>Member coinsurance</b>	30%				20%
<b>Out-of-pocket limit</b>	\$6,350 per member or \$12,700 per family				\$4,500 per member or \$9,000 per family
BENEFITS		After deductible is met, you pay		After deductible is met, you pay	
<b>Office visits</b>	Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit				Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit
<b>Preventive care services</b>	Covered in full ♦				Covered in full ♦
<b>Maternity care</b> Routine outpatient prenatal and postpartum visits	Covered in full ♦				Covered in full ♦
Labor and delivery – inpatient	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Chiropractic/manipulative therapy</b> 10 visits per calendar year	Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit				Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit
<b>Acupuncture</b> 12 visits per calendar year	Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit				Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit
<b>Lab/radiology services</b>	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Devices, equipment, and supplies</b> (including prosthetics)	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Outpatient surgery</b>	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Emergency care</b>	\$200 copay + 30% coinsurance				\$200 copay + 20% coinsurance
<b>Ambulance</b>	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Hospital stays – inpatient</b>	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Skilled nursing</b> 60 days per calendar year	30% coinsurance				20% coinsurance
<b>Pediatric vision</b> 1 routine exam per year; 1 pair of lenses and frames per year or annual supply of contacts	Covered in full ♦				Covered in full ♦
<b>Prescription drugs</b> Cost per 30-day supply	Filled at pharmacy: \$10 preferred generic ♦ 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ 35% preferred brand, including specialty brand			Filled at pharmacy: \$10 preferred generic ♦ 20% preferred brand, including specialty brand
					Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ 15% preferred brand, including specialty brand

♦ Deductible does not apply

NOTE: This is an overview of benefits. The contents are not to be accepted or construed as a substitute for the provisions of the medical coverage agreement. Other terms and conditions may apply. A list of excluded services and other limitations can be found in each plan's Summary of Benefits and Coverage document.



THESE PLANS ARE ONLY AVAILABLE TO THOSE WHO QUALIFY BASED ON INCOME

➔ [Click here for definitions and benefit details](#)

	GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER 73	GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER 87	GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER 94
<b>COVERAGE</b>			
<b>Annual deductible</b> Does not apply to services noted with ♦	\$1,000 per member or \$2,000 per family	\$300 per member or \$600 per family	\$50 per member or \$100 per family
<b>Member coinsurance</b>	30%	10%	5%
<b>Out-of-pocket limit</b>	\$5,200 per member or \$10,400 per family	\$2,250 per member or \$4,500 per family	\$2,250 per member or \$4,500 per family
<b>BENEFITS</b>			
	After deductible is met, you pay	After deductible is met, you pay	After deductible is met, you pay
<b>Office visits</b>	Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit	Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit	Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$0 copay per visit Specialty: \$5 copay per visit
<b>Preventive care services</b>	Covered in full ♦	Covered in full ♦	Covered in full ♦
<b>Maternity care</b> Routine outpatient prenatal and postpartum visits	Covered in full ♦	Covered in full ♦	Covered in full ♦
Labor and delivery – inpatient	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Chiropractic/manipulative therapy</b> 10 visits per calendar year	Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit	Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit	Primary: \$0 copay per visit Specialty: \$5 copay per visit
<b>Acupuncture</b> 12 visits per calendar year	Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit	Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit	Primary: \$0 copay per visit Specialty: \$5 copay per visit
<b>Lab/radiology services</b>	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Devices, equipment, and supplies</b> (including prosthetics)	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Outpatient surgery</b>	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Emergency care</b>	\$200 copay + 30% coinsurance	\$200 copay + 10% coinsurance	\$200 copay + 5% coinsurance
<b>Ambulance</b>	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Hospital stays – inpatient</b>	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Skilled nursing</b> 60 days per calendar year	30% coinsurance	10% coinsurance	5% coinsurance
<b>Pediatric vision</b> 1 routine exam per year; 1 pair of lenses and frames per year or annual supply of contacts	Covered in full ♦	Covered in full ♦	Covered in full ♦
<b>Prescription drugs</b> Cost per 30-day supply	Filled at pharmacy: \$10 preferred generic ♦ 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ 35% preferred brand, including specialty brand	Filled at pharmacy: \$7 preferred generic ♦ 10% preferred brand, including specialty brand
		Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ 25% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$2 preferred generic ♦ 5% preferred brand, including specialty brand

♦ Deductible does not apply

NOTE: This is an overview of benefits. The contents are not to be accepted or construed as a substitute for the provisions of the medical coverage agreement. Other terms and conditions may apply. A list of excluded services and other limitations can be found in each plan's Summary of Benefits and Coverage document.

→ [Click here for definitions and benefit details](#)

GROUP HEALTH  
CORE BASICS PLUS CATASTROPHIC

COVERAGE			
<b>Annual deductible</b> Does not apply to services noted with ♦	\$6,600 per member or \$13,200 per family		
<b>Member coinsurance</b>	None		
<b>Out-of-pocket limit</b>	\$6,600 per member or \$13,200 per family		
BENEFITS			
	After deductible is met, you pay		
<b>Office visits</b>	First 3 primary care visits covered in full ♦ Primary and Specialty: No charge (after deductible)		
<b>Preventive care services</b>	Covered in full ♦		
<b>Maternity care</b> Routine outpatient prenatal and postpartum visits Labor and delivery – inpatient	Covered in full ♦ No charge (after deductible)		
<b>Chiropractic/manipulative therapy</b> 10 visits per calendar year	No charge (after deductible)		
<b>Acupuncture</b> 12 visits per calendar year	No charge (after deductible)		
<b>Lab/radiology services</b>	No charge (after deductible)		
<b>Devices, equipment, and supplies</b> (including prosthetics)	No charge (after deductible)		
<b>Outpatient surgery</b>	No charge (after deductible)		
<b>Emergency care</b>	No charge (after deductible)		
<b>Ambulance</b>	No charge (after deductible)		
<b>Hospital stays – inpatient</b>	No charge (after deductible)		
<b>Skilled nursing</b> 60 days per calendar year	No charge (after deductible)		
<b>Pediatric vision</b> 1 routine exam per year; 1 pair of lenses and frames per year or annual supply of contacts	Covered in full ♦		
<b>Prescription drugs</b> Cost per 30-day supply	<table border="0"> <tr> <td>Filled at pharmacy (after deductible): No charge for preferred generic; No charge for preferred brand, including specialty brand</td> <td>Filled by mail order (after deductible): No charge for preferred generic; No charge for preferred brand, including specialty brand</td> </tr> </table>	Filled at pharmacy (after deductible): No charge for preferred generic; No charge for preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order (after deductible): No charge for preferred generic; No charge for preferred brand, including specialty brand
Filled at pharmacy (after deductible): No charge for preferred generic; No charge for preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order (after deductible): No charge for preferred generic; No charge for preferred brand, including specialty brand		

♦ Deductible does not apply

NOTE: This is an overview of benefits. The contents are not to be accepted or construed as a substitute for the provisions of the medical coverage agreement. Other terms and conditions may apply. A list of excluded services and other limitations can be found in each plan's Summary of Benefits and Coverage document.

# Special plans for American Indians and Alaska Natives



**If you're an American Indian or Alaska Native (AIAN), you may be eligible for low-cost, or even no-cost, health care coverage.**

All you need to do is enroll for coverage through Washington Healthplanfinder and provide approved documentation of your AIAN status and income level. For more information, go to **[wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)**.

## Selecting a health plan

Once you are approved for an AIAN plan, you can choose the one that works best for your needs. If you qualify for financial assistance, the Group Health **Core Flex Bronze AIAN** plan with no cost share may be a good fit. To qualify for the plan with no cost shares, your income must fall below 300% of the federal poverty level. For income above 300% of the federal poverty level, we offer plans with limited cost shares, such as **Core Bronze HSA AIAN, Core Flex Bronze Limited Cost Share AIAN, Core Flex Silver AIAN, and Core Flex Gold AIAN**.

There is no cost sharing for items and services received through Indian Health Services (IHS), an Indian Tribe, Tribal Organization, or Urban Indian Organization.

Good news!

You can enroll in an AIAN plan year-round.

THESE PLANS ARE ONLY AVAILABLE TO AMERICAN INDIAN AND ALASKA NATIVES

Click here for definitions and benefit details

GROUP HEALTH  
**CORE FLEX BRONZE AIAN**  
NO COST SHARE

GROUP HEALTH  
**CORE FLEX BRONZE AIAN**  
LIMITED COST SHARE

GROUP HEALTH  
**CORE BRONZE HSA AIAN**  
LIMITED COST SHARE

COVERAGE				
<b>Annual deductible</b> Does not apply to services with ♦		No deductible		\$5,200 Individual / \$10,400 Family
<b>Member coinsurance</b>		None		40%
<b>Out-of-pocket limit</b>		(Not applicable)		\$6,350 Individual / \$12,700 Family
BENEFITS				
				After deductible is met, you pay
<b>Office visits</b>		Covered in full		Deductible does not apply to first 3 primary care visits Primary: \$40 copay per visit for first 3 visits, then 40% coinsurance Specialty: 40% coinsurance
<b>Preventive care services</b>		Covered in full		Covered in full ♦
<b>Maternity care</b> Routine outpatient prenatal and postpartum visits		Covered in full		Covered in full ♦
Labor and delivery – inpatient		Covered in full		40% coinsurance
<b>Manipulative therapy</b> 10 visits per calendar year		Covered in full		40% coinsurance
<b>Acupuncture</b> 12 visits per calendar year		Covered in full		40% coinsurance
<b>Lab/radiology services</b>		Covered in full		40% coinsurance
<b>Devices, equipment, and supplies</b> (including prosthetics)		Covered in full		40% coinsurance
<b>Outpatient surgery</b>		Covered in full		40% coinsurance
<b>Emergency care</b>		Covered in full		40% coinsurance
<b>Ambulance</b>		Covered in full		40% coinsurance
<b>Hospital stays – inpatient</b>		Covered in full		40% coinsurance
<b>Skilled nursing</b> 60 days per calendar year		Covered in full		40% coinsurance
<b>Pediatric vision</b> 1 routine exam per year, 1 pair of lenses and frames per year or annual supply of contacts		Covered in full		Covered in full ♦
<b>Prescription drugs</b> Cost per 30-day supply	Filled at pharmacy: Covered in full for preferred generic, preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: Covered in full for preferred generic, preferred brand, including specialty brand	Filled at pharmacy: \$10 preferred generic ♦ 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ \$35 preferred brand, including specialty brand
			Filled at pharmacy: 20% preferred generic 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: 15% preferred generic 35% preferred brand, including specialty brand

♦ Deductible does not apply

NOTE: This is an overview of benefits. The contents are not to be accepted or construed as a substitute for the provisions of the medical coverage agreement. Other terms and conditions may apply. A list of excluded services and other limitations can be found in each plan's Summary of Benefits and Coverage document.

## THESE PLANS ARE ONLY AVAILABLE TO AMERICAN INDIAN AND ALASKA NATIVES

[Click here for definitions and benefit details](#)

### GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER AIAN

### GROUP HEALTH CORE FLEX GOLD AIAN

COVERAGE				
<b>Annual deductible</b> Does not apply to services with ♦	\$1,250 Individual / \$2,500 Family		\$600 Individual / \$1,200 Family	
<b>Member coinsurance</b>	30%		20%	
<b>Out-of-pocket limit</b>	\$6,350 Individual / \$12,700 Family		\$4,500 Individual / \$9,000 Family	
BENEFITS	After deductible is met, you pay		After deductible is met, you pay	
<b>Office visits</b>	Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit		Deductible does not apply to first 3 office visits Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit	
<b>Preventive care services</b>	Covered in full ♦		Covered in full ♦	
<b>Maternity care</b> Routine outpatient prenatal and postpartum visits	Covered in full ♦		Covered in full ♦	
Labor and delivery – inpatient	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Manipulative therapy</b> 10 visits per calendar year	Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit		Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit	
<b>Acupuncture</b> 12 visits per calendar year	Primary: \$20 copay per visit Specialty: \$45 copay per visit		Primary: \$10 copay per visit Specialty: \$30 copay per visit	
<b>Lab/radiology services</b>	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Devices, equipment, and supplies</b> (including prosthetics)	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Outpatient surgery</b>	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Emergency care</b>	\$200 + 30% coinsurance		\$200 + 20% coinsurance	
<b>Ambulance</b>	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Hospital stays – inpatient</b>	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Skilled nursing</b> 60 days per calendar year	30% coinsurance		20% coinsurance	
<b>Pediatric vision</b> 1 routine exam per year, 1 pair of lenses and frames per year or annual supply of contacts	Covered in full ♦		Covered in full ♦	
<b>Prescription drugs</b> Cost per 30-day supply	Filled at pharmacy: \$10 preferred generic ♦ 40% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ \$35 preferred brand, including specialty brand	Filled at pharmacy: \$10 preferred generic ♦ 20% preferred brand, including specialty brand	Filled by mail order: \$5 preferred generic ♦ \$15 preferred brand, including specialty brand

♦ Deductible does not apply

**NOTE:** This is an overview of benefits. The contents are not to be accepted or construed as a substitute for the provisions of the medical coverage agreement. Other terms and conditions may apply. A list of excluded services and other limitations can be found in each plan's Summary of Benefits and Coverage document.

## Details and definitions

### Coinsurance

The percentage amount you pay for the cost of the care you receive. You'll notice that the coinsurance levels differ among all of the plans.

### Copayment, copay

The set dollar amount you pay when you receive certain covered services.

### Deductible

What you'll pay each year before your full coverage kicks in. All our Individual and Family plans have traditional deductibles (also called embedded deductibles). Once a family member meets their individual deductible, services are covered for that person without the entire family deductible being met. Other family members continue to pay toward the family deductible amount. For certain services, the deductible does not apply.

### Drug formulary

The list of generic and brand-name prescription drugs that are usually covered by our health plans. The drugs are selected by a committee of Group Health physicians and pharmacists based on safety, effectiveness, and cost.

### Hospital stays – inpatient

Hospital room and board; inpatient surgery; anesthesia; intensive and coronary care; laboratory tests; radiology services; drugs while in hospital. Includes mental health inpatient treatment.

### Office visits

Primary and specialty care, including naturopathy and outpatient mental health and substance abuse visits.

### Out-of-pocket limit

The most you'll be required to pay for covered services in a calendar year. Deductible, coinsurance, and copays count toward limit.

### Outpatient surgery

Surgery in an office, outpatient surgery center, or hospital setting that does not require an overnight stay.

### Pediatric vision

For children up to and including age 18.

### Prescription drugs

Outpatient: Formulary drugs that require prescriptions, including self-administered injectables, mental health drugs, and diabetic pharmacy supplies.

### Preventive care services

For children and adults. Includes wellness visits and immunizations, as established in Group Health's well-care schedule, formulary contraceptive drugs, contraceptive devices, female sterilization and counseling. Devices and supplies related to contraception are covered as preventive as required by federal law and covered in full. Also includes drugs and medicines such as aspirin, fluoride, and folic acid.

#### Primary care copays apply to:

Acupuncture • Audiology • Chemical Dependency/Substance Abuse • Chiropractic/Manipulative Therapy • Emergency Medicine (where ER copay doesn't apply) • Enterostomal Therapy • Family Planning • Family Medicine • Health Education • Internal Medicine • Massage Therapy • Mental Health • Midwifery • Naturopathy • Nutrition • Obstetrics/Gynecology • Occupational Medicine • Occupational Therapy • Optometry • Osteopathy • Pediatrics • Physical Therapy • Respiratory Therapy • Speech Therapy

#### Specialty care copays apply to:

Allergy and Immunology • Anesthesiology • Cardiology (pediatric and cardiovascular disease) • Critical Care Medicine • Dentistry • Dermatology • Endocrinology • Gastroenterology • Genetics • Hematology • Hepatology • Infectious Disease • Neonatal-Perinatal Medicine • Nephrology • Neurology • Oncology • Ophthalmology • Orthopedics • Otolaryngology (ear, nose, and throat) • Pathology • Physiatry (Physical Medicine) • Podiatry • Pulmonary Medicine/Disease • Radiology (nuclear medicine, radiation therapy) • Rheumatology • Sports Medicine • General Surgery (all surgical specialties) • Urology

# Planes de Group Health ofrecidos a través de Washington Healthplanfinder para el 2015

Condados donde nuestros planes se encuentran disponibles:  
Benton, Columbia, Franklin, Island, King, Kitsap, Kittitas,  
Lewis, Mason, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane,  
Thurston, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.

## CONTENIDO

- 16 Por qué elegir un plan de Group Health
- 17 Qué nos hace diferentes
- 18 Cómo elegir un plan de salud
- 20 Niveles de cobertura
- 21 Puntos destacados del plan 2015
- 25 Puntos destacados del plan AIAN 2015
- 28 Detalles y definiciones



# ¿Por qué elegir un plan de Group Health?

La selección de una cobertura para usted y su familia es una decisión importante.

Nuestros planes de salud de 2015 están diseñados para darle el mejor valor dependiendo de sus necesidades personales y de la manera en que usa sus servicios de atención a la salud. Independientemente de sus ingresos, de sus circunstancias laborales o de los cambios en su vida, tenemos un plan adecuado para usted, uno que combina la atención centrada en el paciente y una extensa red de proveedores muy unidos.

Esta guía detallada le ayudará a revisar los planes de salud de este año y seleccionar el que mejor satisfaga sus necesidades. Después de que considere sus opciones, esperamos que seleccione a Group Health como su socio en la atención de su salud para el 2015 y los años venideros.





# ¿Qué nos hace diferentes?

Con la llegada de la reforma de atención a la salud el año pasado, la mayoría de los planes de salud individuales ahora ofrecen beneficios similares y se parecen mucho.

¿En qué se distingue Group Health?



**Su atención y su cobertura trabajan juntas.** Las soluciones toman lugar cuando las personas se unen para colaborar. Gracias a que operamos nuestro propio sistema de atención - los Centros Médicos de Group Health - los administradores y médicos de nuestros planes de salud trabajan en forma conjunta para alcanzar un objetivo único de mejor salud para todos los miembros. Juntos desarrollamos planes de salud más inteligentes que están más centrados en el paciente, y proporcionamos una atención más inteligente que mantiene a las personas más saludables y los costos bajos, sin importar dónde reciba su atención.



**Nos concentramos en evitar la enfermedad - no solo en curarla.** Por supuesto, usted cuenta con nosotros cuando se enferma, ya sea con un simple resfrío o una dolencia grave. Pero nuestra meta principal es evitar los problemas de salud en primer lugar. Nuestros servicios y beneficios para el bienestar incluyen exámenes preventivos y vacunas, programas para dejar de fumar, descuentos en gimnasios y más.



**La atención se encuentra disponible donde y cuando usted la necesita.** Puede llamar a nuestro Servicio de Consultas de Enfermería las 24 horas del día los 7 días de la semana desde cualquier lugar del mundo para obtener ayuda con preguntas médicas urgentes. Nuestros planes proporcionan cobertura de emergencia en todo el mundo. Además, si usted recibe atención en un Centro Médico de Group Health, puede visitar a su médico y obtener servicios de laboratorio y de farmacia, todo en un mismo lugar.



**Los servicios en línea hacen que manejar su atención a la salud resulte fácil.** Sin importar dónde reciba su atención, usted puede encontrar un médico, reabastecer recetas y obtener un informe personalizado de su estado de salud en línea. También puede verificar el uso que hace de su cobertura y sus beneficios de salud, y consultar una extensa biblioteca sobre temas de salud. Si recibe atención en los Centros Médicos de Group Health, los servicios en línea también incluyen enviar mensajes por correo electrónico a su médico, programar citas, ver su registro médico y examinar los resultados de las pruebas. Y nuestra aplicación para dispositivos móviles le permite manejar sus necesidades de atención a la salud donde sea que esté.



**Usted puede elegir su propio médico entre una extensa red de proveedores.** Nuestra red total incluye más de 9,000 proveedores\* en el estado de Washington, y tenemos contratos con 45 de los hospitales más respetados en las comunidades a las que prestamos servicio. Los planes Core de Group Health ofrecen acceso exclusivo a más de 1,000 médicos que ejercen su profesión en los Centros Médicos de Group Health - muchos de los cuales han recibido capacitación en las principales escuelas médicas de la nación, y muchos de los cuales gozan de reputación nacional en su campo.



**Su equipo de atención a la salud coordina su atención para que usted no necesite hacerlo.** En los Centros Médicos de Group Health, los médicos, enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos y otros proveedores involucrados en su atención trabajan juntos para proporcionarle la atención que usted necesita, de modo que usted solo tenga que preocuparse por mejorar su salud.

# Cómo elegir un plan de salud

## PASO 1

Averigüe si califica para recibir ayuda financiera del gobierno federal.

Vaya a [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)

para encontrar información sobre asistencia financiera, incluyendo una calculadora que le puede indicar el monto y el tipo de ahorros para los que califica. Cuando visite el sitio web, asegúrese de tener a mano los ingresos anuales de su hogar y las edades de todos los miembros de la familia, para así obtener una estimación precisa de lo que pagará por cobertura de salud.



Dependiendo de sus ingresos, es posible que pueda ahorrar en las primas mensuales de su plan de salud. También es posible que pueda ahorrar en deducibles, coaseguro y copagos.

Para recibir cualquiera de estos tipos de asistencia financiera usted debe adquirir su cobertura de salud a través del buscador de planes Washington Healthplanfinder.

## PASO 2

Evalúe cómo utiliza sus servicios de atención a la salud.

Aunque todos nuestros planes combinan una atención de alta calidad con un gran valor, cada uno de ellos satisface necesidades diferentes. Si anticipa que va a utilizar muchos servicios de atención a la salud, tal vez le convenga considerar nuestros planes **Core Flex Gold** o **Core Flex Silver**. Estos planes ofrecen una prima mensual más alta pero copagos y coaseguro más bajos, los cuales pueden acumularse cuando usted necesita atención de manera frecuente. Con los planes Core Flex Gold y Silver, el deducible no se aplica a sus primeras tres visitas al consultorio de atención primaria o especializada. Esas visitas solo están sujetas a un copago. Después de las primeras tres visitas, necesitará satisfacer su deducible antes de que comience la mayoría de los beneficios.

Por otro lado, si usted goza de buena salud y raramente usa servicios médicos, considere el plan **Core Flex Bronze** de Group Health. Con Core Flex Bronze, usted paga una prima mensual más baja con costos de desembolso más altos. El deducible no se aplica a sus primeras tres visitas de atención primaria, solo están sujetas a un copago. Después

de esas visitas, necesitará satisfacer su deducible antes de que comience la mayoría de los beneficios.

Si es adulto menor de 30 años, o un adulto que experimenta algún tipo de dificultad, tal vez le interese el plan **Core Basics Plus Catastrophic** – un buen plan si usted espera necesitar solo unas pocas visitas al consultorio durante el año, pero desea la cobertura en caso de que sufra una enfermedad o lesión importante. Con este plan, usted paga una prima mensual más baja que con otros planes, pero está sujeto tanto a un deducible más alto como a más costos de desembolso. También ofrecemos **Core Bronze HSA**, un plan con costo bajo y deducible alto. Para obtener más información sobre nuestro plan HSA, consulte la [página 19](#). Para un glosario de términos de atención a la salud, consulte la [página 28](#).

Todos estos planes están disponibles a través de [Washington Healthplanfinder](#), y le dan acceso a la misma red de proveedores que anteriormente se conocía como la red de Group Health.

Si usted es Indio Estadounidense o Nativo de Alaska (AIAN, del inglés American Indian o Alaska Native), vea los planes de beneficios que ofrecemos en la [página 25](#).

Para obtener más información sobre los planes de Group Health, llame al 1-800-358-8815.

➔ Continúa en la siguiente página.

# Cómo elegir un plan de salud

## PASO 3

Elija un plan que concuerde con sus necesidades.

Debido a que a todos los planes se les requiere ahora proporcionar una cobertura que incluya los 10 beneficios esenciales, los planes son más parecidos entre sí que nunca antes. ¿Cómo elegir? Busque un plan que le dé el mayor valor - y el mejor precio - con base en el modo en que usted usa los servicios de atención a la salud.

Vea los puntos destacados de los beneficios a partir de la [página 21](#) para encontrar los detalles de los planes Core Flex Gold, Core Flex Silver, Core Flex Bronze y Core Basics Plus Catastrophic de Group Health.

## PASO 4

Inscríbase en un plan a través de [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org).

### Fechas importantes para recordar

#### Inscripción abierta para 2015\*

Nov. 15, 2014 - Feb. 15, 2015

La cobertura comenzará el 1.º de enero de 2015 si las solicitudes se reciben para el 23 de diciembre de 2014.

La cobertura comenzará el 1.º de febrero de 2015 si las solicitudes se reciben para el 15 de enero de 2015.

La cobertura comenzará el 1.º de marzo de 2015 si las solicitudes se reciben para el 15 de febrero de 2015.

\* Ciertos eventos que califican - tal como si usted pierde su cobertura de salud, o si hay un nacimiento o una adopción en su familia - le permiten inscribirse en un plan de salud o modificar su cobertura en cualquier momento del año, siempre y cuando no hayan transcurrido más de 60 días a partir de la fecha del evento que califica.

## ¿Qué es una HSA y es adecuada para usted?

Una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA) es una cuenta de ahorros personal que se usa para pagar gastos médicos elegibles. El dinero que deposita en la cuenta no está sujeto a impuestos, y usted posee y controla ese dinero. Puede abrir una HSA en su propia institución financiera.

Usted es elegible para una HSA si elige un plan de salud de alto deducible compatible con una HSA y no tiene la cobertura de otro plan ni está inscrito en Medicare. El plan **Core Bronze HSA** de Group Health ([vea la página 21](#)) es un plan compatible con una HSA.

Una HSA puede ser una buena opción si usted goza de buena salud y desea ahorrar para gastos de atención a la salud futuros. Probablemente no sea una buena idea si piensa que puede necesitar atención médica costosa el próximo año y tendría problemas para satisfacer el deducible alto.

## Niveles de cobertura

Bajo la ley de reforma a la salud, las empresas de seguro de salud pueden ofrecer cuatro niveles de cobertura: Platinum (Platino), Gold (Oro), Silver (Plata), y Bronze (Bronce).

Se los denomina los "niveles de metal", y definen cómo se compartirán los costos entre usted y su plan de salud.

Group Health Cooperative ofrece planes Gold (Oro), Silver (Plata), Bronze (Bronce) y Catastrophic (Catastrófico) a través del buscador de planes Washington Healthplanfinder. No estamos ofreciendo planes Platinum (Platino).

	CATASTROPHIC (CATASTRÓFICO)	BRONZE (BRONCE)	SILVER (PLATA)	GOLD (ORO)
<b>Prima mensual</b>	\$	\$	\$\$	\$\$\$
<b>Su costo cuando obtiene atención</b> (copagos, deducible, coaseguro)	\$\$\$	\$\$\$	\$\$	\$
<b>Beneficios</b>	Los beneficios del plan son los mismos para todos los niveles de metal  Incluye los 10 beneficios esenciales	Los beneficios del plan son los mismos para todos los niveles de metal  Incluye los 10 beneficios esenciales	Los beneficios del plan son los mismos para todos los niveles de metal  Incluye los 10 beneficios esenciales	Los beneficios del plan son los mismos para todos los niveles de metal  Incluye los 10 beneficios esenciales
<b>Elegibilidad para el plan</b>	Adultos menores de 30 años, o adultos que experimentan algún tipo de dificultad.	Individuos y familias	Individuos y familias  Asimismo, variaciones en el plan disponibles solo para quienes califican para reducciones en los costos compartidos	Individuos y familias
<b>Asistencia con la prima mensual</b>	<b>No</b> No disponible con los planes Catastrophic (Catastróficos)	<b>Sí</b> Si sus ingresos hacen que califique	<b>Sí</b> Si sus ingresos hacen que califique	<b>Sí</b> Si sus ingresos hacen que califique
<b>Reducciones de costos cuando usted recibe atención</b> (deducible, copagos, coaseguro, y límites de desembolso)	<b>No</b> No disponible con los planes Catastrophic (Catastróficos)	<b>No</b> No disponible con los planes Bronze (Bronce)	<b>Sí</b> Si sus ingresos hacen que califique, se le guiará hacia la variación adecuada del plan Silver (Plata)	<b>No</b> No disponible con los planes Gold (Oro)
<b>Una buena elección si usted</b>	Califica para este plan, espera tener una necesidad limitada de atención, pero desea tener cobertura en caso de una enfermedad o lesión importante	No espera usar muchos servicios de atención a la salud	Desea un equilibrio entre los costos de la prima mensual y los costos de desembolso cuando recibe atención	Espera usar muchos servicios de atención a la salud

# Puntos destacados del plan 2015

➔ Haga clic aquí para ver las definiciones y los detalles de los beneficios

## GROUP HEALTH CORE FLEX BRONZE

## GROUP HEALTH CORE BRONZE HSA

COBERTURA					
<b>Deducible anual</b> No se aplica a los servicios marcados con ♦	\$5,200 por miembro o \$10,400 por familia		Individual \$4,000/familiar \$8,000		
<b>Coaseguro del miembro</b>	40%		20%		
<b>Límite de desembolso</b>	\$6,350 por miembro o \$12,700 por familia		Individual \$6,450/familiar \$12,900		
BENEFICIOS		Después de satisfacer el deducible, usted paga		Después de satisfacer el deducible, usted paga	
<b>Visitas al consultorio médico</b>	El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas de atención primaria Atención primaria: se aplica el copago de \$40 por visita para las 3 primeras visitas, luego 40% de coaseguro Atención especializada: 40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Cobertura completa ♦		Cobertura completa ♦		
<b>Atención de maternidad</b> Visitas ambulatorias de rutina prenatales y postparto Trabajo de parto y parto – paciente hospitalizado	Cobertura completa ♦ 40% de coaseguro		Cobertura completa ♦ 20% de coaseguro		
<b>Terapia de manipulación/quiropática</b> 10 visitas por año calendario	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Acupuntura</b> 12 visitas por año calendario	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Servicios de laboratorio/radiología</b>	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Dispositivos, equipo e insumos</b> (incluyendo prótesis)	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Cirugía ambulatoria</b>	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Atención de emergencia</b>	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Ambulancia</b>	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Estadías en hospital - paciente hospitalizado</b>	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Enfermería especializada</b> 60 días por año calendario	40% de coaseguro		20% de coaseguro		
<b>Atención pediátrica de la vista</b> 1 examen de rutina por año; 1 par de lentes y marcos por año o un suministro anual de lentes de contacto	Cobertura completa ♦		Cobertura completa ♦		
<b>Medicamentos de receta</b> Costo por cada suministro para 30 días	Abastecidos en la farmacia: \$10 para genéricos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para genéricos ♦ 35% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos en la farmacia: 20% para genéricos 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: 15% para genéricos 35% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	

♦ No se aplica el deducible

NOTA: Este es un resumen de beneficios. El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un reemplazo de las cláusulas del contrato de cobertura médica. Es posible que se apliquen otros términos y condiciones. El documento "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan incluye una lista de los servicios excluidos y otras limitaciones.

# Puntos destacados del plan 2015

➔ Haga clic aquí para ver las definiciones y los detalles de los beneficios

## GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER

## GROUP HEALTH CORE FLEX GOLD

COBERTURA					
<b>Deducible anual</b> No se aplica a los servicios marcados con ♦	\$1,250 por miembro o \$2,500 por familia			\$600 por miembro o \$1,200 por familia	
<b>Coaseguro del miembro</b>	30%			20%	
<b>Límite de desembolso</b>	\$6,350 por miembro o \$12,700 por familia			\$4,500 por miembro o \$9,000 por familia	
BENEFICIOS		Después de satisfacer el deducible, usted paga		Después de satisfacer el deducible, usted paga	
<b>Visitas al consultorio médico</b>	El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas al consultorio médico Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita			El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas al consultorio médico Atención primaria: se aplica el copago de \$10 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$30 por visita	
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Cobertura completa ♦			Cobertura completa ♦	
<b>Atención de maternidad</b> Visitas ambulatorias de rutina prenatales y postparto Trabajo de parto y parto – paciente hospitalizado	Cobertura completa ♦ 30% de coaseguro			Cobertura completa ♦ 20% de coaseguro	
<b>Terapia de manipulación/quiropática</b> 10 visitas por año calendario	Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita			Atención primaria: se aplica el copago de \$10 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$30 por visita	
<b>Acupuntura</b> 12 visitas por año calendario	Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita			Atención primaria: se aplica el copago de \$10 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$30 por visita	
<b>Servicios de laboratorio/radiología</b>	30% de coaseguro			20% de coaseguro	
<b>Dispositivos, equipo e insumos</b> (incluyendo prótesis)	30% de coaseguro			20% de coaseguro	
<b>Cirugía ambulatoria</b>	30% de coaseguro			20% de coaseguro	
<b>Atención de emergencia</b>	Se aplica el copago de \$200 + 30% de coaseguro			Se aplica el copago de \$200 + 20% de coaseguro	
<b>Ambulancia</b>	30% de coaseguro			20% de coaseguro	
<b>Estadías en hospital - paciente hospitalizado</b>	30% de coaseguro			20% de coaseguro	
<b>Enfermería especializada</b> 60 días por año calendario	30% de coaseguro			20% de coaseguro	
<b>Atención pediátrica de la vista</b> 1 examen de rutina por año; 1 par de lentes y marcos por año o un suministro anual de lentes de contacto	Cobertura completa ♦			Cobertura completa ♦	
<b>Medicamentos de receta</b> Costo por cada suministro para 30 días	Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 35% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados		Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 20% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 15% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados

♦ No se aplica el deducible

NOTA: Este es un resumen de beneficios. El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un reemplazo de las cláusulas del contrato de cobertura médica. Es posible que se apliquen otros términos y condiciones. El documento "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan incluye una lista de los servicios excluidos y otras limitaciones.

## ESTOS PLANES SOLO SE ENCUENTRAN DISPONIBLES PARA QUIENES CALIFICAN CON BASE EN SUS INGRESOS

➔ Haga clic aquí para ver las definiciones y los detalles de los beneficios

	GROUP HEALTH <b>CORE FLEX SILVER 73</b>	GROUP HEALTH <b>CORE FLEX SILVER 87</b>	GROUP HEALTH <b>CORE FLEX SILVER 94</b>
<b>COBERTURA</b>			
<b>Deducible anual</b> No se aplica a los servicios marcados con ♦	\$1,000 por miembro o \$2,000 por familia	\$300 por miembro o \$600 por familia	\$50 por miembro o \$100 por familia
<b>Coaseguro del miembro</b>	30%	10%	5%
<b>Límite de desembolso</b>	\$5,200 por miembro o \$10,400 por familia	\$2,250 por miembro o \$4,500 por familia	\$2,250 por miembro o \$4,500 por familia
<b>BENEFICIOS</b>			
	Después de satisfacer el deducible, usted paga	Después de satisfacer el deducible, usted paga	Después de satisfacer el deducible, usted paga
<b>Visitas al consultorio médico</b>	El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas al consultorio médico Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita	El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas al consultorio médico Atención primaria: se aplica el copago de \$10 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$30 por visita	El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas al consultorio médico Atención primaria: se aplica el copago de \$0 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$5 por visita
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Cobertura completa ♦	Cobertura completa ♦	Cobertura completa ♦
<b>Atención de maternidad</b> Visitas ambulatorias de rutina prenatales y postparto  Trabajo de parto y parto – paciente hospitalizado	Cobertura completa ♦  30% de coaseguro	Cobertura completa ♦  10% de coaseguro	Cobertura completa ♦  5% de coaseguro
<b>Terapia de manipulación/quiropática</b> 10 visitas por año calendario	Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita	Atención primaria: se aplica el copago de \$10 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$30 por visita	Atención primaria: se aplica el copago de \$0 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$5 por visita
<b>Acupuntura</b> 12 visitas por año calendario	Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita	Atención primaria: se aplica el copago de \$10 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$30 por visita	Atención primaria: se aplica el copago de \$0 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$5 por visita
<b>Servicios de laboratorio/radiología</b>	30% de coaseguro	10% de coaseguro	5% de coaseguro
<b>Dispositivos, equipo e insumos</b> (incluyendo prótesis)	30% de coaseguro	10% de coaseguro	5% de coaseguro
<b>Cirugía ambulatoria</b>	30% de coaseguro	10% de coaseguro	5% de coaseguro
<b>Atención de emergencia</b>	Se aplica el copago de \$200 + 30% de coaseguro	Se aplica el copago de \$200 + 10% de coaseguro	Se aplica el copago de \$200 + 5% de coaseguro
<b>Ambulancia</b>	30% de coaseguro	10% de coaseguro	5% de coaseguro
<b>Estadías en hospital - paciente hospitalizado</b>	30% de coaseguro	10% de coaseguro	5% de coaseguro
<b>Enfermería especializada</b> 60 días por año calendario	30% de coaseguro	10% de coaseguro	5% de coaseguro
<b>Atención pediátrica de la vista</b> 1 examen de rutina por año; 1 par de lentes y marcos por año o un suministro anual de lentes de contacto	Cobertura completa ♦	Cobertura completa ♦	Cobertura completa ♦
<b>Medicamentos de receta</b> Costo por cada suministro para 30 días	Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados  Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 35% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 30% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados  Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 25% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos en la farmacia: \$7 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 10% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados  Abastecidos mediante pedido por correo: \$2 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 5% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados

♦ No se aplica el deducible

NOTA: Este es un resumen de beneficios. El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un reemplazo de las cláusulas del contrato de cobertura médica.

Es posible que se apliquen otros términos y condiciones. El documento "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan incluye una lista de los servicios excluidos y otras limitaciones.

→ Haga clic aquí para ver las definiciones y los detalles de los beneficios

GROUP HEALTH  
CORE BASICS PLUS CATASTROPHIC

COBERTURA		
<b>Deducible anual</b> No se aplica a los servicios marcados con ♦	\$6,600 por miembro o \$13,200 por familia	
<b>Coaseguro del miembro</b>	Ninguna	
<b>Límite de desembolso</b>	\$6,600 por miembro o \$13,200 por familia	
BENEFICIOS		
	Después de satisfacer el deducible, usted paga	
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Las primeras 3 visitas de atención primaria tienen cobertura completa ♦ Atención primaria y especializada: Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Cobertura completa ♦	
<b>Atención de maternidad</b> Visitas ambulatorias de rutina prenatales y postparto Trabajo de parto y parto – paciente hospitalizado	Cobertura completa ♦ Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Terapia de manipulación/quiropática</b> 10 visitas por año calendario	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Acupuntura</b> 12 visitas por año calendario	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Servicios de laboratorio/radiología</b>	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Dispositivos, equipo e insumos</b> (incluyendo prótesis)	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Atención de emergencia</b>	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Estadías en hospital - paciente hospitalizado</b>	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Enfermería especializada</b> 60 días por año calendario	Sin cargo (luego del deducible)	
<b>Atención pediátrica de la vista</b> 1 examen de rutina por año; 1 par de lentes y marcos por año o un suministro anual de lentes de contacto	Cobertura completa ♦	
<b>Medicamentos de receta</b> Costo por cada suministro para 30 días	Abastecidos en la farmacia (luego del deducible): Sin cargo para medicamentos genéricos preferidos; Sin cargo para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo (luego del deducible): Sin cargo para medicamentos genéricos preferidos; Sin cargo para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados

♦ No se aplica el deducible

NOTA: Este es un resumen de beneficios. El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un reemplazo de las cláusulas del contrato de cobertura médica. Es posible que se apliquen otros términos y condiciones. El documento "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan incluye una lista de los servicios excluidos y otras limitaciones.



# Planes especiales para Indios Estadounidenses y Nativos de Alaska



**Si usted es un Indio Estadounidense o Nativo de Alaska (AIAN), podría ser elegible para recibir cobertura de atención a la salud de bajo costo, o incluso sin costo alguno.** Todo lo que necesita hacer es inscribirse para recibir cobertura a través del buscador de planes Washington Healthplanfinder, y proporcionar documentación aprobada de su condición de AIAN y su nivel de ingresos. Para obtener más información, visite [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org).

## Cómo seleccionar un plan de salud

Una vez que se le apruebe para participar en un plan AIAN, puede seleccionar el que mejor satisfaga sus necesidades. Si califica para recibir asistencia financiera, el plan **Core Flex Bronze AIAN** de Group Health sin costos compartidos puede ser el que mejor le conviene. Para calificar para el plan sin costos compartidos, sus ingresos deben ser menores que el 300% del nivel federal de pobreza. En el caso de ingresos mayores que el 300% del nivel federal de pobreza, ofrecemos planes con costos compartidos limitados, como **Core Bronze HSA AIAN, Core Flex Bronze Limited Cost Share AIAN, Core Flex Silver AIAN, y Core Flex Gold AIAN.**

No hay costos compartidos por artículos y servicios que se reciben a través de Indian Health Services (IHS), una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana.

¡Buenas noticias!  
Se puede inscribir en un plan AIAN durante todo el año.

# ESTOS PLANES SOLO SE ENCUENTRAN DISPONIBLES PARA INDIOS ESTADOUNIDENSES Y NATIVOS DE ALASKA

➔ Haga clic aquí para ver las definiciones y los detalles de los beneficios

GROUP HEALTH  
**CORE FLEX BRONZE AIAN**  
SIN COSTO COMPARTIDO

GROUP HEALTH  
**CORE FLEX BRONZE AIAN**  
COSTO COMPARTIDO LIMITADO

GROUP HEALTH  
**CORE BRONZE HSA AIAN**  
COSTO COMPARTIDO LIMITADO

COBERTURA				
<b>Deducible anual</b> No se aplica a los servicios con ♦		Sin deducible		Individual \$5,200/familiar \$10,400
<b>Coaseguro del miembro</b>		Ninguna		40%
<b>Límite de desembolso</b>		(No se aplica)		Individual \$6,350/familiar \$12,700
BENEFICIOS				
<b>Visitas al consultorio médico</b>		Cobertura completa		Después de satisfacer el deducible, usted paga  El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas de atención primaria Atención primaria: se aplica el copago de \$40 por visita para las 3 primeras visitas, luego 40% de coaseguro Atención especializada: 40% de coaseguro
<b>Servicios de atención preventiva</b>		Cobertura completa		Cobertura completa ♦
<b>Atención de maternidad</b> Visitas ambulatorias de rutina prenatales y postparto		Cobertura completa		Cobertura completa ♦
		Trabajo de parto y parto – paciente hospitalizado		40% de coaseguro
<b>Terapia de manipulación</b> 10 visitas por año calendario		Cobertura completa		20% de coaseguro
<b>Acupuntura</b> 12 visitas por año calendario		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Servicios de laboratorio/radiología</b>		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Dispositivos, equipo e insumos</b> (incluyendo prótesis)		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Cirugía ambulatoria</b>		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Atención de emergencia</b>		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Ambulancia</b>		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Estadías en hospital - paciente hospitalizado</b>		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Enfermería especializada</b> 60 días por año calendario		Cobertura completa		40% de coaseguro
<b>Atención pediátrica de la vista</b> 1 examen de rutina por año; 1 par de lentes y marcos por año o un suministro anual de lentes de contacto		Cobertura completa		Cobertura completa ♦
<b>Medicamentos de receta</b> Costo por cada suministro para 30 días	Abastecidos en la farmacia: cobertura completa para medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: cobertura completa para medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ \$35 para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados
			Abastecidos en la farmacia: 20% para medicamentos genéricos preferidos, 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: 15% para medicamentos genéricos preferidos, 35% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados

♦ No se aplica el deducible

NOTA: Este es un resumen de beneficios. El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un reemplazo de las cláusulas del contrato de cobertura médica.

Es posible que se apliquen otros términos y condiciones. El documento "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan incluye una lista de los servicios excluidos y otras limitaciones.

# ESTOS PLANES SOLO SE ENCUENTRAN DISPONIBLES PARA INDIOS ESTADOUNIDENSES Y NATIVOS DE ALASKA

➔ Haga clic aquí para ver las definiciones y los detalles de los beneficios

## GROUP HEALTH CORE FLEX SILVER AIAN

## GROUP HEALTH CORE FLEX GOLD AIAN

COBERTURA			
<b>Deducible anual</b> No se aplica a los servicios con ♦	Individual \$1,250/familiar \$2,500		
<b>Coaseguro del miembro</b>	30%		
<b>Límite de desembolso</b>	Individual \$6,350/familiar \$12,700		
BENEFICIOS			
Después de satisfacer el deducible, usted paga			
<b>Visitas al consultorio médico</b>	El deducible no se aplica a las 3 primeras visitas al consultorio médico Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Cobertura completa ♦		
<b>Atención de maternidad</b> Visitas ambulatorias de rutina prenatales y postparto  Trabajo de parto y parto – paciente hospitalizado	Cobertura completa ♦  30% de coaseguro		
<b>Terapia de manipulación</b> 10 visitas por año calendario	Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita		
<b>Acupuntura</b> 12 visitas por año calendario	Atención primaria: se aplica el copago de \$20 por visita Atención especializada: se aplica el copago de \$45 por visita		
<b>Servicios de laboratorio/radiología</b>	30% de coaseguro		
<b>Dispositivos, equipo e insumos</b> (incluyendo prótesis)	30% de coaseguro		
<b>Cirugía ambulatoria</b>	30% de coaseguro		
<b>Atención de emergencia</b>	\$200 + 30% de coaseguro		
<b>Ambulancia</b>	30% de coaseguro		
<b>Estadías en hospital - paciente hospitalizado</b>	30% de coaseguro		
<b>Enfermería especializada</b> 60 días por año calendario	30% de coaseguro		
<b>Atención pediátrica de la vista</b> 1 examen de rutina por año; 1 par de lentes y marcos por año o un suministro anual de lentes de contacto	Cobertura completa ♦		
<b>Medicamentos de receta</b> Costo por cada suministro para 30 días	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados</td> <td style="width: 50%; border: none;">Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ \$35 para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados</td> </tr> </table>	Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ \$35 para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados
Abastecidos en la farmacia: \$10 para medicamentos genéricos preferidos ♦ 40% para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados	Abastecidos mediante pedido por correo: \$5 para medicamentos genéricos preferidos ♦ \$35 para medicamentos de marca preferidos, incluyendo de marca especializados		

♦ No se aplica el deducible

**NOTA:** Este es un resumen de beneficios. El contenido no debe aceptarse ni interpretarse como un reemplazo de las cláusulas del contrato de cobertura médica. Es posible que se apliquen otros términos y condiciones. El documento "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan incluye una lista de los servicios excluidos y otras limitaciones.

## Detalles y definiciones

### Coaseguro

El porcentaje que usted paga por el costo de la atención que recibe. Usted notará que los niveles de coaseguro difieren entre todos los planes.

### Copago

El monto fijo de dólares que usted paga cuando recibe ciertos servicios cubiertos.

### Deducible

Lo que usted pagará cada año antes de que su cobertura completa comience a pagar. Todos nuestros planes individuales y familiares tienen deducibles tradicionales (también llamados deducibles implícitos). Una vez que un miembro de la familia satisfaga su deducible individual, los servicios están cubiertos para esa persona aunque no se haya satisfecho el deducible de toda la familia. Otros miembros de la familia continúan pagando para satisfacer el monto del deducible familiar. El deducible no se aplica para ciertos servicios.

### Formulario de medicamentos

La lista de medicamentos de receta genéricos y de marca que generalmente están cubiertos por nuestros planes de salud. Los medicamentos son seleccionados por un comité de médicos y farmacéuticos de Group Health con base en su seguridad, eficacia y costo.

### Estadías en hospital - paciente hospitalizado

Habitación y comida en el hospital; cirugía para pacientes hospitalizados; anestesia; atención intensiva y coronaria; pruebas de laboratorio; servicios de radiología; medicamentos mientras se encuentra en el hospital. Incluye tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados.

### Visitas al consultorio médico

Atención primaria y especializada, incluyendo medicina naturista y visitas de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.

### Límite de desembolso

Lo máximo que se le exigirá pagar por servicios cubiertos durante un año calendario. El deducible, el coaseguro y los copagos se toman en cuenta para este límite.

### Cirugía ambulatoria

Cirugía en un consultorio, centro de cirugía ambulatoria o entorno hospitalario que no requiere una estadía durante la noche.

### Atención pediátrica de la vista

Para niños de hasta 18 años de edad inclusive.

### Medicamentos de receta

Pacientes ambulatorios: medicamentos del formulario que requieren receta, incluyendo medicamentos inyectables de autoadministración, medicamentos para la salud mental e insumos de farmacia para diabéticos.

### Servicios de atención preventiva

Para niños y adultos. Incluyen vacunas y visitas de bienestar tal como se establece en el cronograma de atención de bienestar de Group Health, medicamentos anticonceptivos del formulario, dispositivos anticonceptivos, esterilización femenina y asesoramiento. Los dispositivos y suministros relacionados con la anticoncepción están cubiertos como preventivos según lo requiere la ley federal y tienen cobertura completa. También se incluyen medicamentos y fármacos como aspirina, fluoruro y ácido fólico.

### Los copagos de atención primaria se aplican a:

Acupuntura • Audiología • Educación para la salud • Farmacodependencia/ Abuso de sustancias • Fisioterapia • Masoterapia • Medicina de emergencia (donde no se aplica el copago de ER) • Medicina familiar • Medicina interna • Medicina naturista • Medicina ocupacional • Nutrición • Obstetricia/ Ginecología • Optometría • Osteopatía • Partería • Pediatría • Planificación familiar • Quiropráctica/Terapia de manipulación • Salud mental • Terapia del habla • Terapia enterostomal • Terapia ocupacional • Terapia respiratoria

### Los copagos de atención especializada se aplican a:

Alergias e inmunología • Anestesiología • Cardiología (enfermedad cardiovascular y pediátrica) • Cirugía general (todas las especialidades quirúrgicas) • Dermatología • Endocrinología • Enfermedad infecciosa • Fisiatría (Medicina física) • Gastroenterología • Genética • Hematología • Hepatología • Medicina de atención crítica • Medicina deportiva • Medicina neonatal-perinatal • Medicina/Enfermedad pulmonar • Nefrología • Neurología • Odontología • Oftalmología • Oncología • Ortopedia • Otorrinolaringología (oído, nariz y garganta) • Patología • Podología • Radiología (medicina nuclear, radioterapia) • Reumatología • Urología