



Cobertura de Atención Médica (HDHP) – 2019

La Junta de Pensiones administra el Plan de Beneficios de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.), proveyendo beneficios de pensión, atención médica, fallecimiento y discapacidad a los miembros calificados. La Junta también suministra becas financieras y vocacionales a través del Programa de Asistencia.

Resumen

El Plan Médico proporciona cobertura de atención médica a los empleados inscritos y sus familiares elegibles por medio de una de tres opciones de cobertura médica: una organización de proveedores preferidos (PPO), una organización de proveedores exclusivos (EPO) o un plan calificado de salud con deducible alto (HDHP). Los servicios que cubren estas opciones son prácticamente los mismos, aunque los costos son diferentes.

Este Resumen de Beneficios cubre los beneficios del plan HDHP. Si desea obtener información sobre los planes PPO y EPO, consulte el Resumen de Beneficios de la Cobertura de Atención Médica pertinente en pensions.org.

¡Importante! Los empleados con la capacidad para seleccionar entre dos o más opciones de cobertura médica, deben comparar cuidadosamente las cláusulas de cada una de las opciones. Aunque los costos de los aportes pueden ser menores en la opción de cobertura del plan HDHP, los costos de su propio bolsillo pueden ser más altos.

Participación

La opción del plan HDHP se ofrece por medio de un menú de opciones, a la discreción del empleador, a los empleados con un horario regular de trabajo de por lo menos 20 horas a la semana y a los ministros de la Palabra y Sacramento, independientemente de la cantidad de horas programadas para trabajar regularmente.

La inscripción se basa en el nivel de cobertura:

- Miembro solo
- Miembro + Cónyuge
- Miembro + Hijo(s)
- Miembro + Familia

Se podrán inscribir en el plan a los hijos menores de 26 años, independientemente de su dependencia financiera, condición como estudiante, estado civil o residencia. También se podrá inscribir a los hijos totalmente discapacitados que estaban inscritos en el plan antes de que cumplieran 26 años.

Exención de la Cobertura Médica

Según el plan HDHP, los miembros pueden elegir renunciar a la cobertura médica para ellos o sus familiares elegibles. Si deciden no recibir cobertura médica para ellos, sus familiares no calificarán para la misma (Consulte el documento de exención de la cobertura "Waiving Medical Coverage Offered through Menu Option" en la guía de beneficios *Guide to Your Healthcare Benefits 2018*).

Contribuciones

Se les podrá pedir a los empleados, a quienes se les ofrezca la cobertura HDHP, aportar hasta el 50 por ciento del costo de la cobertura del Miembro solo y hasta el 100 por ciento del costo adicional de la cobertura de los familiares elegibles.

Cobertura del Plan Médico

El plan HDHP requiere el uso de médicos y hospitales dentro de la red para obtener acceso a:

- beneficios de atención preventiva;
- cobertura hospitalaria y médica/quirúrgica;
- beneficios de salud de la conducta, y
- cobertura de medicamentos recetados.

El plan HDHP también ofrece recursos para mejorar la salud y el bienestar. No se cubrirán los servicios de proveedores fuera de la red

Cobertura Médica y de la Conducta

La red primaria de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica disponible para los miembros elegibles del plan es Blue Cross Blue Shield (BCBS). Highmark ofrece acceso a la red nacional de proveedores y es quien se encarga de tramitar las reclamaciones de todos los gastos médicos elegibles. (OptumRx administra el Programa de Medicamentos Recetados; para obtener los detalles, consulte el Resumen de Beneficios de Medicamentos Recetados correspondiente en pensions.org).*

* Las personas inscritas en Triple-S y GeoBlue deben consultar las cláusulas de sus planes para obtener información sobre los servicios cubiertos.

Cuenta de ahorros para gastos médicos

La cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) se ofrece a las personas que elijan el plan HDHP. Mediante esta cuenta, los miembros podrán pagar por ciertos gastos de atención médica, que incluyen deducibles y copagos, con dinero exento de los impuestos federales. Los empleadores a menudo usan los fondos generados de los ahorros en el costo de las primas, que se derivan al ofrecer un plan de salud con deducible alto, para aportar a las cuentas HSA en nombre de los empleados. Consulte el Resumen de Beneficios: Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) en pensions.org para obtener más información.

Deducibles y copagos

El deducible médico es la cantidad que paga el miembro anualmente antes de que el plan pague su parte por ciertos servicios. Los miembros con cónyuges o hijos cubiertos, son responsables del deducible familiar completo.

Excepto por la atención preventiva, los miembros pagan de sus propios bolsillos por todos los servicios cubiertos de atención médica, como las visitas a consultorios dentro de la red y cuando usen el beneficio de telemedicina con Teladoc u obtengan atención médica en un centro de atención urgente, hasta que los gastos que contraigan cumplan con el monto del deducible.

PRESCRIPTION DRUG COST COMPARISON		
Beneficio	Tienda minorista 30 días/90 días	Pedidos por correo 90 días
Genéricos preventivos	\$6/\$18 (No están sujetos al deducible)	\$15 (No están sujetos al deducible)
Marca preventiva dentro del formulario	\$30/\$90 (No están sujetos al deducible)	\$75 (No están sujetos al deducible)
Preventivos fuera del formulario	Sin cobertura	
Genérico	Después del deducible, 30% del costo;	Después del deducible, 30% del costo;
Marca del formulario	30 días: \$150 máx. 90 días: \$450 máx.	\$375 máx.
Marca fuera del formulario	Sin cobertura	
Copago máximo de medicamentos recetados	Parte del máximo combinado de su propio bolsillo	
Máximo combinado	\$6,750 miembro* \$13,500 familia*	

* Incluye el deducible, los copagos y los copagos de medicamentos recetados dentro de la red (refleja las cantidades máximas del 2019 de la Ley de Atención Médica Asequible).

Después de cumplir con el monto del deducible, los miembros aún son responsables de pagar un copago —el 20 por ciento de los cargos permitidos por ciertos servicios— hasta una cantidad máxima anual. A diferencia del deducible, si los gastos de un miembro de la familia con cobertura cumplen con el copago máximo del Miembro solo, antes de que se cumpla con el copago máximo de la familia, el plan pagará el 100 por ciento de los cargos permitidos para ese miembro de la familia durante el resto del año.

Los requisitos de copagos de los medicamentos recetados son separados (consulte la tabla Comparación del Costo de Medicamentos Recetados).

Los miembros pueden reducir sus costos participando en el programa Llamado a la Salud y usando medicamentos genéricos y los servicios de pedidos por correo de medicamentos recetados. Consulte la guía de beneficios de atención médica del 2018 “*Guide to Your Healthcare Benefits 2018*” en pensions.org.

Inscripción

Los empleados se pueden inscribir en los beneficios dentro de los primeros 60 días de servicio o en una fecha inicial de participación en los beneficios establecida por el empleador, lo que ocurra más tarde. No se permiten inscripciones retroactivas. La cobertura entrará en vigor al momento de inscribirse en la misma.

Los empleados también se pueden inscribir o cambiar sus elecciones de beneficios durante la inscripción anual en el otoño. El único otro momento en que un miembro se puede inscribir o hacer cambios es si ocurre un evento de vida que califica, como un matrimonio o el nacimiento de un hijo. Los cambios se deben hacer dentro de los primeros 60 días del evento de vida que califica.

La inscripción se realiza en Benefits Connect accesible en la página Web de pensions.org. Los empleados eligen los beneficios que el empleador haya seleccionado ofrecer según el grupo de beneficios.

Para elegir la cobertura de un cónyuge, el miembro debe proporcionar a la Junta de Pensiones una copia del acta de matrimonio; para los niños, el miembro debe proporcionar una copia del acta de nacimiento, documentación legal para tutelas o una carta de compromiso o decreto de adopción.

Esta información no constituye la descripción completa de los beneficios y limitaciones del plan. Si hubiera alguna diferencia entre la información que se expone aquí y las cláusulas del Plan de Beneficios de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.), las cláusulas del plan regirán. Visite pensions.org o llame a la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN) para obtener una copia del documento del plan.