



Cobertura de Atención Médica (PPO) (Healthcare Coverage (PPO))

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 a sus familiares elegibles por medio de una de las tres opciones de cobertura médica: una organización de proveedores preferidos (PPO), una organización de proveedores exclusivos (EPO) o un plan calificado de salud de deducible alto (HDHP). Los servicios cubiertos bajo estas opciones son prácticamente los mismos, no obstante, los costos son diferentes. Este Resumen de Beneficios explica los beneficios bajo el plan PPO. Para obtener información acerca del plan EPO y HDHP, consulte el Resumen de Beneficios de Atención Médica apropiado en pensions.org. ¡Importante! Los empleados a quienes se les haya dado la opción de elegir entre dos o más opciones de cobertura médica deberían comparar cuidadosamente las cláusulas de cada opción. La opción de costo menor tendrá el gasto del bolsillo más alto cuando el servicio sea recibido.

Participación

Opciones del Menú: La opción de cobertura PPO se ofrece a los empleados, a la discreción del empleador, con un horario regular de trabajo de por lo menos 20 horas a la semana en una iglesia elegible o en un servicio afiliado con la iglesia. También se ofrece a los ministros de la Palabra y Sacramento que no se encuentran en puestos instalados, independientemente del número 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 dependientes totalmente discapacitados que estaban inscritos en el plan antes de que cumplieran 26 años.

Participación del Pastor: Los pastores instalados deberán estar inscritos en la cobertura PPO bajo la Participación del Pastor, y los demás ministros podrán inscribirse en dicha cobertura, a la discreción del empleador. Se cubrirá automáticamente a los miembros elegibles de la familia de los pastores instalados y de otros ministros inscritos en la Participación del Pastor.

Exención de la Cobertura Médica

Los miembros inscritos en las opciones del menú pueden elegir estar exentos de 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).

Los pastores instalados y otros ministros cubiertos bajo la Participación del Pastor no podrán estar exentos de la cobertura médica

de ellos mismos pero lo podrán hacer para sus familiares. No obstante, dicha exención no surtirá ningún efecto en las cuotas a la iglesia.

Aportes

Opciones del Menú: Los empleadores podrán ofrecer la cobertura médica PPO, EPO o HDHP que figura en las opciones del menú, dos opciones o todas ellas. El empleador debe aportar por lo menos el 50 por ciento del costo de la cobertura del Miembro solo de la opción de menor costo, independientemente de la opción o el nivel de cobertura que elija el empleado. El empleado u otro ministro que se inscriba en las opciones del menú, podría tener que pagar el saldo del costo de la cobertura del Miembro solo.

Las personas inscritas en las opciones del menú también podrían tener que pagar hasta el 100 por ciento del costo adicional de la cobertura de los familiares elegibles.

Participación del Pastor: Los empleadores deben proporcionar la cobertura completa familiar a los pastores instalados sin costo alguno para dichos pastores.

Cobertura del Plan Médico

El plan PPO fomenta 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 PPO también ofrece recursos para mejorar la salud y el bienestar.

Los empleados y los familiares cubiertos podrán usar proveedores fuera de la red, pero pagarán una parte mayor del costo si lo hacen.

Cobertura Médica y de la Conducta

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

Deducibles y Copagos en Consultorios Médicos

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 de dos deducibles médicos: uno para ellos mismos y otro combinado para los demás miembros de la familia (consulte la tabla Deducibles y Máximo de Copagos del Plan PPO en el reverso).

Excepto para la atención preventiva, los miembros son responsables de un copago fijo para cada visita a un consultorio dentro de la red:

\$25 para las visitas de atención primaria y de salud de la conducta,

\$45 para las visitas a un especialista. Los miembros también pagan un copago cuando usen los beneficios de telemedicina con Teladoc u obtengan atención médica en un centro de atención urgente. Los copagos no cuentan hacia el deducible del plan ni el máximo de copagos. Para enterarse de las cantidades de los copagos, consulte la tabla "Key Provisions: PPO" en pensions.org.

Después de satisfacer el monto del deducible, los miembros aún son responsables de pagar un determinado porcentaje del costo por ciertos servicios, o un copago, hasta la cantidad máxima anual. Para los servicios dentro de la red de PPO, el copago es el 20 por ciento de los cargos permitidos; para la atención fuera de la red, es el 40 por ciento (50 por ciento sin deducible para las visitas a los consultorios de médicos).

El máximo del copago del miembro se basa en su salario vigente. A diferencia de los deducibles, hay un solo copago máximo por

familia. (Consulte la tabla Deducibles y Máximo de Copagos del Plan PPO). Después de que el miembro cumpla con el máximo de copagos del plan, el plan pagará el 100 por ciento de todos los gastos elegibles adicionales que contraiga el miembro durante el resto del año.

Hay requisitos separados de copagos para los beneficios ópticos (consulte el Resumen de Beneficios Ópticos en pensions.org) y para los medicamentos recetados (consulte la siguiente tabla de Comparación del Costo de Medicamentos Recetados).

Los miembros pueden reducir sus costos usando los proveedores de la red, medicamentos genéricos, cuando se encuentren disponibles, y los servicios de pedidos por correo de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la guía de beneficios de atención médica del Guide to Your Healthcare Benefits 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.*

Inscripción

Los empleados se pueden inscribir en los beneficios dentro de los primeros 60 días de empleo 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 suceso 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 suceso 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, dentro de su clasificación de empleo.

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

COMPARACIÓN DEL COSTO DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos Recetados	Farmacia minorista (30/90 días)	Pedidos por correo (90 días)
Genérico preventivo	\$5/\$15	\$12.50
Marca del formulario preventivo	\$20/\$60	\$50
Marca fuera del formulario preventivo	No aplica	
Genérico	\$10/\$30	\$25
Marca del formulario	30% del costo; 30 días: \$20 mín. a \$100 máx. 90 días: \$60 mín. a \$300 máx.	30% del costo; \$50 mín. a \$250 máx.
Marca fuera del formulario	50% del costo; 30 días: \$50 mín. a \$150 máx. 90 días: \$150 mín. a \$450 máx.	50% del costo; \$125 mín. a \$375 máx.
Máximo de copagos de medicamentos recetados	\$3,000 combinado miembro y familia	

Copagos, Deducibles y Máximo de Copagos

DEDUCIBLES Y MÁXIMO DE COPAGOS DEL PLAN PPO				
(para los servicios médicamente necesarios de pacientes hospitalizados y ambulatorios; no incluye los costos de medicamentos recetados ni los copagos de consultorios médicos que debe pagar)				
BANDA DE SALARIO¹	DEDUCIBLE^{2,3,4,5,6}		MÁXIMO DE COPAGOS⁷	
	En la red y no-red	Fuera de la red	En la red y no-red	Fuera de la red
	1.5%	2.5%	5%	15%
\$0 - \$48,759	\$660	\$1,100	\$2,200	\$6,600
\$48,760 - \$53,514	\$735	\$1,220	\$2,440	\$7,320
\$53,515 - \$58,269	\$805	\$1,340	\$2,680	\$8,040
\$58,270 - \$63,024	\$875	\$1,460	\$2,915	\$8,745
\$63,025 - \$67,779	\$950	\$1,580	\$3,155	\$9,465
\$67,780 - \$72,534	\$1,020	\$1,695	\$3,390	\$10,170
\$72,535 - \$77,289	\$1,090	\$1,815	\$3,630	\$10,890
\$77,290 - \$82,044	\$1,160	\$1,935	\$3,865	\$11,595
\$82,045 - \$86,799	\$1,235	\$2,055	\$4,105	\$12,315
\$86,800 o más	\$1,305	\$2,170	\$4,340	\$13,020

1 Las cantidades del deducible y el máximo de copagos se basan en bandas de salarios y están sujetas al salario mínimo y máximo.

2 Los miembros con familiares elegibles son responsables por dos deducibles: uno para el miembro y otro combinado para todos los demás familiares. Los deducibles no cuentan hacia el máximo de copagos.

3 Participar en su totalidad en el programa Llamado a la Salud reducirá los deducibles del año siguiente.

4 El deducible anual de un miembro discapacitado y su familia elegible se basa en lo que sea menor: el último salario del miembro discapacitado o la mediana de los ancianos docentes de la congregación en la fecha en que comenzó la discapacidad.

5 El deducible anual de las personas inscritas en la cobertura de continuación médica se establecerá sobre la base de la mediana de los ancianos docentes de la congregación.

6 Una vez que el miembro cumpla con el máximo de copagos anual; el Plan Médico pagará el 100 por ciento de los gastos elegibles hasta la cantidad permitida por el plan, excepto por los copagos de consultorios médicos. El máximo de copagos se aplica al copago del miembro y la familia combinado. Nota: Los copagos, deducibles y el máximo de copagos combinados de los individuos y la familia por servicios médicos y medicamentos recetados se limitan al máximo anual que estipula la Ley de Atención Médica Asequible de \$7,900 y \$15,800.

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 disposiciones 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.