

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

Resumen

El Plan Médico proporciona cobertura de atención médica a los empleados inscritos de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.) y a sus familiares elegibles por medio de una de dos opciones de cobertura médica: una organización de proveedores preferidos (PPO) o una organización de proveedores exclusivos (EPO). Los servicios que cubren estas opciones son prácticamente los mismos, no obstante, las cláusulas de costo compartido son diferentes.

Este Resumen de Beneficios cubre los beneficios y las cláusulas de costo compartido del plan EPO. Si desea obtener información sobre el plan PPO, consulte el Resumen de Beneficios de Atención Médica del Plan PPO.

¡Importante! Los empleados a quienes se les haya dado la opción de seleccionar cobertura del plan PPO o EPO deben comparar cuidadosamente las cláusulas que contienen ambas opciones. Aunque los costos de aportación pueden ser menores en el plan EPO, los costos de su propio bolsillo pueden ser más altos.

Participación

La opción de cobertura EPO se ofrece, a la discreción del empleador y por medio de opciones de menú, a empleados con un horario regular de trabajo de por lo menos 20 horas a la semana en un servicio elegible o un servicio afiliado con la iglesia. También se ofrece a los ministros de la Palabra y Sacramento que no tienen una relación de pastor instalado, 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.

Exención de la Cobertura Médica

De acuerdo al plan EPO, los miembros 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*).

Aportes

Se les podrá pedir a los empleados y a otros ministros, a quienes se les ofrezca la cobertura EPO, a 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 EPO 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 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 BlueCard, que está administrada por Highmark Blue Cross Blue Shield (BCBS). Highmark ofrece acceso a la red nacional de BlueCard y es quien se encarga de tramitar las reclamaciones de los gastos médicos elegibles. (OptumRx administra el Programa de Medicamentos Recetados; consulte el Resumen de Beneficios de Medicamentos Recetados 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.

Deducibles y Copagos de Consultas

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. (Para enterarse de las cantidades de los deducibles, consulte la tabla "Key Provisions: EPO" en pensions.org).

Excepto para la atención preventiva, los miembros también son responsables de pagar un copago fijo para cada visita a un consultorio médico: \$40 para las visitas de atención primaria y de salud de la conducta, \$60 para especialistas. También deberá pagar un copago cuando use los beneficios de telemedicina con Teladoc u obtenga atención médica en un centro de atención urgente. Los copagos no cuentan hacia el deducible del plan. Para enterarse de otras cantidades de copagos, consulte la tabla "Key Provisions: EPO" en pensions.org.

Después de satisfacer el monto del deducible, los miembros aún son responsables de pagar un coaseguro —el 20 por ciento de los cargos permitidos por ciertos servicios— hasta una cantidad máxima anual para los beneficios médicos esenciales, según lo determine el gobierno federal. En el 2018, las cantidades máximas anuales, o límites de su propio bolsillo, son

- \$7,350 para la cobertura del Miembro solo;
- \$14,700 para la cobertura familiar.

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).

COMPARACIÓN DEL COSTO DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos Recetados	Farmacia minorista (30/90 días)	Pedidos por correo (90 días)
Genérico	\$12/\$36	\$30
Marca del formulario	35% del costo; 30 días: \$35 mín. a \$150 máx. 90 días: \$105 mín. a \$450 máx.	35% del costo; \$85 mín. a \$375 máx.
Marca fuera del formulario	Sin cobertura	
Máximo de copagos de medicamentos recetados	No corresponde	
Máximo combinado	\$7,350/miembro*; \$14,700/familia*	

* Incluye el deducible, los copagos de visitas a consultorios médicos, copagos en general y los copagos de medicamentos recetados dentro de la red (refleja las cantidades máximas de la Ley de Atención Médica Asequible).

Los miembros pueden reducir sus costos participando en su totalidad en el programa Llamado a la Salud, usando medicamentos genéricos y usando 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 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.

Esta información no constituye la descripción completa del Plan de Beneficios. 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.

