



## Beneficios del cuidador

# 2025 Guía para nuevas contrataciones

Cuentas médicas, dentales, de la vista, de gastos flexibles, cuentas de ahorro y reembolso para la salud, Programa de Asistencia para Cuidadores, Vida/AD&D, Discapacidad a Corto y Largo Plazo, Beneficios Voluntarios y Jubilación



# Introducción y Bienvenida

¡Bienvenido a St. Charles Health System! Nuestra visión es "Crear la comunidad más saludable de Estados Unidos, juntos". Podemos hacerlo porque contamos con cuidadores de la más alta calidad, ¡y eso lo incluye a usted! Nos cuidamos unos a otros y a nuestros pacientes, y somos activos en las comunidades a las que servimos. Para apoyarlo en este importante trabajo, St. Charles se complace en brindarle un paquete integral de beneficios con opciones para ayudarlo a satisfacer las necesidades de su familia. Nuestros beneficios están destinados a brindar tranquilidad para apoyarlo a usted y a su familia hacia la salud y en momentos de necesidad. Tómese un tiempo para revisar estos beneficios importantes y use esta guía para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de beneficios.

Este es solo un resumen de los programas de seguros y beneficios que ofrecemos. La información debe ser de alto nivel y no incluye todas las disposiciones, exclusiones y detalles de cobertura del plan. Consulte los documentos del plan o las descripciones resumidas del plan para obtener estos detalles. Si hay una discrepancia entre lo que se establece en este folleto y los Documentos del Plan, prevalecerán los Documentos del Plan.



# Tabla de Contenidos

<b>Reflejos .....</b>	<b>1</b>	<b>Programa de asistencia para cuidadores.....</b>	<b>36</b>
<b>Elegibilidad e Inscripción.....</b>	<b>4</b>	<b>Participar por la salud.....</b>	<b>38</b>
Cuándo comienza la cobertura .....	4	<b>Beneficios complementarios.....</b>	<b>39</b>
Cómo inscribirse .....	4	Seguro básico de vida a término y AD&D.....	39
Elegibilidad para miembros de la familia.....	5	Seguro voluntario de vida a término y AD&D .....	40
Cuándo termina la cobertura .....	5	Licencia pagada Oregón.....	41
<b>¿Qué pagas? .....</b>	<b>6</b>	Seguro de Discapacidad a Corto Plazo .....	41
<b>Cambio calificado en el estado familiar.....</b>	<b>8</b>	Seguro de Discapacidad a Largo Plazo.....	42
<b>Atención de rutina y preventiva.....</b>	<b>9</b>	Planes de Indemnización Voluntaria .....	42
<b>Definición de términos comunes .....</b>	<b>10</b>	Seguro de accidentes .....	42
<b>Beneficios medicos.....</b>	<b>11</b>	Seguro de enfermedades críticas .....	42
Opciones de planes .....	11	Seguro de Indemnización por Hospitalización ...	43
Resumen del plan .....	12	Asistencia en viajes de emergencia en todo el mundo .....	44
Cosas a considerar al elegir su plan médico .....	17	Recursos financieros y legales para la planificación de la vida: para los enfermos terminales .....	44
¿Cómo decide qué plan seleccionar? .....	18	<b>Planes de Jubilación .....</b>	<b>45</b>
<b>Atención virtual .....</b>	<b>19</b>	Plan de Ahorro para la Jubilación – 403(b).....	45
<b>Programas de Apoyo a la Salud .....</b>	<b>21</b>	<b>Continuación de la Cobertura.....</b>	<b>46</b>
<b>Medicamentos recetados .....</b>	<b>23</b>	<b>Información del contacto .....</b>	<b>47</b>
<b>Beneficios dentales.....</b>	<b>26</b>	<b>Noticias Importantes.....</b>	<b>49</b>
<b>Beneficios de la vista.....</b>	<b>26</b>		
Vision Service Plan .....	26		
¿Cómo decide qué plan seleccionar? .....	29		
Resumen del plan .....	30		
<b>Cuentas libres de impuestos .....</b>	<b>31</b>		
Cuentas de gastos flexibles.....	31		
FSA de atención médica: Select y Prime PPO ...	32		
Atención médica FSA de propósito limitado (LPFSA): solo para afiliados de CDHP .....	32		
FSA de Cuidado de Dependientes .....	32		
Cuenta de Reembolso de Salud.....	33		
Cómo presentar reclamos de FSA o HRA .....	34		
Cuenta de ahorros para la salud (HSA): solo para afiliados de CDHP.....	35		

# Reflejos



Tiene acceso a beneficios integrales proporcionados por St. Charles Health System (SCHS). Esta guía brinda detalles adicionales para ayudarlo a tomar decisiones sobre los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades y las de su familia. Estos son algunos aspectos destacados de todos los beneficios ofrecidos y qué medidas debe tomar para inscribirse en el beneficio.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COSTO Y/O CONTRIBUCIÓN	ACCIÓN QUE DEBE TOMAR
<b>Médico y Farmacia</b>	Opción de tres planes médicos/farmacéuticos, con cuentas para ayudarlo a pagar los gastos de atención médica de su bolsillo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Select PPO</li> <li>• Caregiver Directed Health Plan</li> <li>• Plan Prime PPO</li> </ul>	Usted paga una parte del costo y SCHS paga el resto  Su costo depende del plan médico elegido	Inscríbase dentro de los 30 días de elegibilidad
<b>Doctor on Demand</b>	Acceso a visitas médicas virtuales para aquellos inscritos en nuestros planes médicos  Incluye cuidado de la salud física y mental.	Su costo o copago depende de su plan médico	Descargue la aplicación Doctor on Demand, o visite su sitio web, para completar su perfil, que se requiere antes de su primera visita
<b>Visión</b>	Cobertura integral de la vista con gastos de bolsillo bajos cuando usa un proveedor de VSP	Usted paga una parte del costo y SCHS paga el resto	Inscríbase dentro de los 30 días de elegibilidad
<b>Dental</b>	Beneficios dentales que incluyen ortodoncia	Usted paga una parte del costo y SCHS paga el resto	Inscríbase dentro de los 30 días de elegibilidad
<b>Cuentas de gastos y ahorros para pagar gastos de atención médica elegibles de bolsillo</b>	Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de la salud (HCFSA)  Cuenta de gastos flexibles de atención médica de propósito limitado (LPFSA)  Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCFSA)  Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)  Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Usted proporciona todos los fondos de la FSA con deducciones de nómina antes de impuestos.  SCHS pone dinero en su HSA o HRA; puede agregar fondos a su HSA con deducciones de nómina antes de impuestos	Inscríbase en las FSA dentro de los 30 días posteriores a la elegibilidad  HCFSA solo disponible para aquellos en los planes Select o Prime PPO  LPFSA solo disponible para aquellos en el CDHP  DCFSA está disponible para todos  Debe estar inscrito en Select PPO para recibir contribuciones de HRA  Debe estar inscrito en el CDHP para recibir o realizar contribuciones a la HSA. Puede comenzar o cambiar el monto de su contribución a la HSA en cualquier momento

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COSTO Y/O CONTRIBUCIÓN	ACCIÓN QUE DEBE TOMAR
<b>Programa de asistencia para cuidadores</b>	Le apoya a usted y a los miembros de su familia cuando necesitan asesoramiento o recursos a corto plazo para lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.	SCHS proporciona estos servicios sin costo para usted	No se requiere ninguna acción: estás inscrito automáticamente
<b>Engage for Health Programa de bienestar</b>	Recursos y beneficios disponibles para cuidadores y familiares para ayudar a mantener o mejorar su salud y bienestar	La participación es completamente voluntaria y sin costo para usted	Nuevos participantes: Visita <a href="https://engageformyhealth.org">Engageformyhealth.org</a> o la aplicación Personify Health para inscribirse
<b>Seguro de Discapacidad</b>	Proporciona ingresos cuando, a causa de una enfermedad o accidente, usted está incapacitado y no puede trabajar. La cobertura incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidad a corto plazo (STD)</li> <li>• Discapacidad a largo plazo (LTD)</li> </ul>	SCHS ofrece planes de discapacidad a corto y largo plazo sin costo para usted	No se requiere ninguna acción: usted queda inscrito automáticamente el primer día del mes que coincida con la fecha del empleo elegible para el beneficio o el siguiente.
<b>Vida a Término y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&amp;D), Vida a Término Voluntario y AD&amp;D</b>	El seguro de vida paga un beneficio en caso de su muerte. AD&D también paga un beneficio en caso de su muerte si fue accidental. También paga si sufres desmembramiento.  Los beneficios se pagan a su beneficiario designado. <b>SCHS proporciona:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vida Básica y AD&amp;D</li> </ul> <b>También puedes comprar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de vida a término voluntario: le permite comprar cobertura para usted, su cónyuge y/o sus hijos a través de la conveniencia de la deducción de nómina</li> </ul>	SCHS paga por su vida básica y AD&D  Usted paga la prima completa por cualquier cobertura adicional que elija comprar a través de nuestro plan de vida a término voluntario.	Designar un beneficiario para el seguro básico de vida y AD&D  Inscríbese para cobertura voluntaria o de por vida dentro de los 30 días de elegibilidad y designe un beneficiario  Puede comprar después de los 30 días, pero deberá demostrar su buena salud y pasar por un proceso de aprobación con UNUM.
<b>Beneficios Voluntarios</b>	Seguro de enfermedades críticas: brinda un beneficio en efectivo si tiene una enfermedad cubierta  Seguro de indemnización hospitalaria: brinda un beneficio en efectivo si está hospitalizado  Seguro de accidentes: brinda un beneficio en efectivo por lesiones cubiertas y gastos relacionados con accidentes.  Tienes la opción de cubrirte a ti o a tu familia	Usted paga la prima completa por cualquier cobertura adicional que elija comprar	Inscríbese dentro de los 30 días de elegibilidad



BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COSTO Y/O CONTRIBUCIÓN	ACCIÓN QUE DEBE TOMAR
<b>Beneficios de jubilación</b>	Las deducciones de nómina antes de impuestos financiarán su plan de jubilación. SCHS igualará una parte de sus contribuciones después de 12 meses de empleo (puestos de tiempo completo o medio tiempo).	Se le inscribirá automáticamente con un 6% del salario regular después de 35 días de empleo. Puede optar por cambiar este monto en cualquier momento.	Configure su cuenta de Fidelity Investment y decida cómo invertir sus fondos
<b>Beneficios y recursos adicionales</b>	Asistencia en viaje en todo el mundo: ayuda con emergencias cuando viaja a 100 millas o más de su hogar  Planificación de vida y recursos financieros y legales para personas con enfermedades terminales	SCHS proporciona sin costo alguno para usted	No se requiere ninguna acción: está automáticamente inscrito y cubierto si está inscrito en el plan SCHS LTD





# Elegibilidad e inscripción

## CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA

Para la mayoría de los beneficios, la cobertura comienza el primer día del mes calendario siguiente al inicio de su empleo elegible para recibir beneficios. Esto incluye la cobertura para los miembros de la familia que reúnen los requisitos. Si cambia de cobertura por matrimonio, nacimiento o adopción, el miembro de su familia recién adquirido estará cubierto en la fecha de nacimiento, fecha de adopción, fecha de colocación para adopción o el primer día del mes siguiente a la fecha del matrimonio. Para sus beneficios básicos de vida/AD&D, discapacidad y jubilación, la cobertura comienza el primer día del mes calendario que coincida con la fecha del empleo elegible para recibir beneficios o el siguiente.

Para ser elegible para la cobertura, debe estar posicionado para trabajar 40 horas o más por período de pago, a menos que sea miembro de una clase excluida. A continuación se presenta la clasificación de los empleados por horas trabajadas:

<b>Tiempo completo</b> – cuidadores que están posicionados para trabajar 72 o más horas por período de pago	<b>Tiempo parcial 1</b> – cuidadores que están posicionados para trabajar de 60 a 71 horas por período de pago	<b>Tiempo parcial 2</b> – cuidadores que están posicionados para trabajar de 48 a 59 horas por período de pago	<b>Tiempo parcial 3</b> – cuidadores que están posicionados para trabajar de 40 a 47 horas por período de pago
---	--	--	--

Los costos compartidos de la prima variarán según su clasificación.

Las clases excluidas de empleados que no son elegibles para los beneficios, independientemente de la cantidad de horas trabajadas, son: trabajadores alquilados, contratados, temporales, de temporada o de relevo.

Nota: Los trabajadores de relevo, temporales y de temporada son elegibles para abrir y contribuir a una cuenta 403(b), acumular licencia por enfermedad paga (PSL) y también son elegibles para el Programa de asistencia para cuidadores a través de Canopy Health.

Si se inscribe usted mismo y a algún miembro de su familia que cumpla los requisitos por primera vez, debe realizar sus elecciones y enviar su inscripción dentro de los 30 días posteriores a su fecha de elegibilidad. Si no se inscribe dentro de este período de tiempo, su próxima oportunidad de inscribirse será durante nuestra inscripción abierta anual, a menos que usted y/o sus miembros de su familia que cumplan los requisitos experimenten un “Cambio de estado calificado” (consulte la página 11 para obtener más información). En este caso, puede calificar para derechos de inscripción especiales si proporciona a Recursos Humanos todos los documentos de inscripción y de respaldo requeridos dentro de los 30 días posteriores a su cambio de estado.

Cuando sea elegible por primera vez para la cobertura, deberá tomar decisiones sobre qué beneficios elegir y en qué inscribirse para la cobertura. Sus elecciones de beneficios para cuentas médicas, dentales, de la vista y de gastos flexibles se limitarán a todo el año calendario, a menos que experimente un “cambio calificado en el estado familiar” (consulte la página 11 para obtener más detalles). También puede realizar cambios cada año durante nuestro período de inscripción abierta, y los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

### LA INSCRIPCIÓN PARA LOS BENEFICIOS ES A TRAVÉS DE WORKDAY

Busque la invitación para la inscripción (o inscripción abierta) en su bandeja de entrada de Workday.

Nota: La inscripción debe realizarse dentro de los 30 días de su fecha de elegibilidad. Asegúrese de revisar sus elecciones firmadas (todos los miembros de la familia elegibles inscritos, etc.) y, si es necesario, imprima una copia para sus registros. Si se identifican errores fuera de las ventanas de inscripción o los períodos de gracia, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta para realizar las correcciones.

## ¿QUIÉNES SON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PUEDE CUBRIR PARA LOS BENEFICIOS?

Además de usted mismo, también puede cubrir:

- Su cónyuge **legalmente casado** \*
- Usted y/o los hijos de su cónyuge (hasta que cumplan 26 años)\*\*;
- Usted y/o los hijos de su cónyuge\*, independientemente de la edad, que sean física o mentalmente incapaces de mantenerse a sí mismos.

**Nota: Los cuidadores o dependientes no pueden tener cobertura doble bajo ningún plan de beneficios de St. Charles.**

\*Las parejas de hecho no están cubiertas por el plan de salud de St. Charles

\*\*Además de sus hijos biológicos, también puede cubrir a hijastros, hijos adoptados (o dados en adopción), hijos de acogida de los que sea responsable legalmente o cualquier niño al que deba brindar cobertura por orden judicial. No es necesario que dependan económicamente de usted ni que estén incluidos en sus impuestos sobre la renta.

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA COBERTURA DE FAMILIARES

Si elige cubrir a su cónyuge o hijos elegibles, deberá proporcionar documentación de respaldo ya sea en el momento de la inscripción o en el futuro durante una auditoría.

Tenga en cuenta: se requiere un número de seguro social para todos los miembros de la familia elegibles inscritos en los beneficios. Si está agregando cobertura para un recién nacido, puede proporcionar su número de seguro social una vez asignado. Los recién nacidos deben inscribirse dentro de los 30 días posteriores al nacimiento o la colocación para adopción. A continuación, se detallan los documentos necesarios:

MIEMBRO DE LA FAMILIA CUBIERTO	DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE
<b>Cónyuge</b>	Certificado de matrimonio <b>Y</b> Copia de la declaración federal de impuestos sobre la renta 1040 del año pasado que muestre el estado civil para efectos de la declaración, así como las firmas y fechas de presentación de usted y su cónyuge. Si presenta una declaración por separado, envíe también las dos primeras páginas de la declaración federal de impuestos sobre la renta 1040 de su cónyuge.
<b>Hijo(s) biológico(s)</b>	Certificado de nacimiento
<b>Hijastros</b>	Certificado de nacimiento <b>Y</b> Certificado de matrimonio <b>Y</b> Copia de la declaración federal de impuestos sobre la renta 1040 del año pasado que muestre el estado civil para efectos de la declaración, así como las firmas y fechas de presentación de usted y su cónyuge. Si presenta una declaración por separado, envíe también las dos primeras páginas de la declaración federal de impuestos sobre la renta 1040 de su cónyuge.
<b>Otros niños (nieto, sobrino/sobrina, hermano/hermana, etc.)</b>	Documentos judiciales que demuestren la tutela legal.
<b>Niño adoptado)</b>	Documentos oficiales de la corte/agencia para un niño colocado con usted para adopción <b>O</b> Acuerdo oficial de adopción de la corte para un niño adoptado.

## CUANDO TERMINA LA COBERTURA

Para la mayoría de los beneficios, la cobertura finaliza el último día del mes en el que usted o los miembros cubiertos de su familia pierden la elegibilidad. Como cuidador, esa sería su fecha de finalización o reducción de horas o cambio a un puesto sin beneficios en SCHS. Para los miembros de la familia, sería el último día del mes siguiente a la fecha de divorcio o separación legal, el cumpleaños número 26 de su hijo o la fecha de terminación del cuidador en SCHS. Los beneficios de vida y discapacidad terminan el último día que trabajó.

Si su cobertura finaliza debido a la terminación, reducción de horas, muerte, divorcio o separación legal, o pérdida de la condición de dependiente, usted y/o su familiar cubierto podrán continuar recibiendo sus beneficios, pero solo si notifica a St. Charles sobre el cambio dentro de los 30 días posteriores al evento. Usted es responsable de proporcionar la notificación. Para obtener más información, consulte la sección "Continuación de la cobertura" en la página 44.





# ¿Qué pagas?

## PRIMAS MÉDICAS, DENTALES Y DE LA VISTA

Su parte de las primas médicas, dentales y de la vista, también conocidas como contribuciones, se deducen de su salario 26 veces al año. Estas primas se toman de su salario antes de impuestos. Esto significa que no paga impuestos sobre sus primas, incluido el impuesto del Seguro Social (FICA) y el impuesto federal sobre la renta. Esto reduce sus ingresos imponibles y usted paga menos impuestos. También significa que su elección es vinculante para el año calendario, a menos que experimente un cambio calificado en el estado familiar, como se describe en la página 11. Para otros beneficios, como el seguro voluntario o de vida entera, por accidente, hospital o por enfermedad grave, sus contribuciones se tomarán después de impuestos.

Las siguientes son las primas por período de pago pagadas por usted y St. Charles:

### MÉDICO

Tiempo completo: 0.9 a 1.0 FTE (72 a 80 horas por período de pago)	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$38.29	\$344.68	\$84.98	\$481.50	\$5.00	\$316.13
Cuidador y cónyuge	\$105.19	\$612.20	\$208.63	\$852.48	\$44.10	\$557.43
Cuidador y familia	\$148.12	\$783.97	\$288.02	\$1090.66	\$55.86	\$725.71
Cuidador y niño(s)	\$104.74	\$610.43	\$207.81	\$850.02	\$39.49	\$560.18
Tiempo parcial 1: 0.75 a 0.89 FTE (60 a 71 horas por período de pago)	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$38.29	\$344.68	\$84.98	\$481.50	\$5.00	\$316.13
Cuidador y cónyuge	\$155.35	\$562.04	\$282.83	\$778.28	\$121.98	\$479.55
Cuidador y familia	\$230.49	\$701.61	\$409.85	\$968.83	\$170.76	\$610.81
Cuidador y niño(s)	\$154.57	\$560.60	\$281.51	\$776.32	\$105.28	\$494.40
Tiempo parcial 2: 0.6 a 0.74 FTE (48 a 59 horas por período de pago)	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$134.04	\$248.94	\$226.59	\$339.89	\$115.61	\$205.52
Cuidador y cónyuge	\$317.97	\$399.42	\$523.37	\$537.74	\$296.70	\$304.84
Cuidador y familia	\$436.07	\$496.03	\$713.91	\$664.77	\$364.24	\$417.33
Cuidador y niño(s)	\$316.75	\$398.42	\$521.40	\$536.43	\$266.03	\$333.65
Tiempo parcial 3: 0.5 a 0.59 FTE (40 a 47 horas por período de pago)	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$172.34	\$210.64	\$283.24	\$283.24	\$144.51	\$176.62
Cuidador y cónyuge	\$356.27	\$361.12	\$580.02	\$481.09	\$328.81	\$272.72
Cuidador y familia	\$474.35	\$457.74	\$770.56	\$608.12	\$393.14	\$388.43
Cuidador y niño(s)	\$355.05	\$360.12	\$578.05	\$479.78	\$294.93	\$304.75



## DENTAL

**Tiempo completo: 0.9 a 1.0 FTE** (72 a 80 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$1.43	\$27.38
Cuidador y cónyuge	\$5.50	\$50.28
Cuidador y familia	\$9.28	\$71.71
Cuidador y niño(s)	\$5.40	\$49.73

**Tiempo parcial 1: 0.75 a 0.89 FTE**  
(60 a 71 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$1.43	\$27.38
Cuidador y cónyuge	\$9.57	\$46.22
Cuidador y familia	\$17.14	\$63.85
Cuidador y niño(s)	\$9.38	\$45.75

**Tiempo parcial 2: 0.6 a 0.74 FTE**  
(48 a 59 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$8.60	\$20.21
Cuidador y cónyuge	\$22.17	\$33.62
Cuidador y familia	\$34.76	\$46.22
Cuidador y niño(s)	\$21.84	\$33.29

**Tiempo parcial 3: 0.5 a 0.59 FTE**  
(40 a 47 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$11.46	\$17.35
Cuidador y cónyuge	\$25.03	\$30.76
Cuidador y familia	\$37.63	\$43.36
Cuidador y niño(s)	\$24.70	\$30.43

## VISIÓN

**Tiempo completo: 0.9 a 1.0 FTE** (72 a 80 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$0.47	\$8.81
Cuidador y cónyuge	\$2.06	\$17.87
Cuidador y familia	\$2.60	\$20.91
Cuidador y niño(s)	\$1.79	\$16.33

**Tiempo parcial 1: 0.75 a 0.89 FTE**  
(60 a 71 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$0.47	\$8.81
Cuidador y cónyuge	\$3.66	\$16.27
Cuidador y familia	\$4.73	\$18.78
Cuidador y niño(s)	\$3.12	\$15.00

**Tiempo parcial 2: 0.6 a 0.74 FTE**  
(48 a 59 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$2.78	\$6.50
Cuidador y cónyuge	\$8.11	\$11.82
Cuidador y familia	\$9.90	\$13.61
Cuidador y niño(s)	\$7.20	\$10.92

**Tiempo parcial 3: 0.5 a 0.59 FTE**  
(40 a 47 horas por período de pago)

	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$3.71	\$5.57
Cuidador y cónyuge	\$9.04	\$10.89
Cuidador y familia	\$10.83	\$12.68
Cuidador y niño(s)	\$8.13	\$9.99

Las primas de cada plan pueden variar de un año a otro. Se le notificará de cualquier cambio durante cada período anual de inscripción abierta.



# Cambio calificado en el estado familiar

Si experimenta uno de los siguientes eventos durante el año calendario, se le permitirá realizar cambios en la cobertura de su plan médico, dental y de la vista y elegir una cuenta de gastos flexibles:

- Nacimiento, adopción o entrega en adopción de un niño
- Muerte de un familiar elegible (cónyuge o hijo)
- Ganancia o pérdida de elegibilidad para la cobertura de un miembro de la familia
- Cambio en el estado civil
- Usted o su familiar elegible obtienen o pierden cobertura bajo este u otro plan
- El período de inscripción anual de su familiar elegible
- Una orden judicial que requiere cobertura para un niño, como una Orden de manutención infantil médica calificada (QMSCO)
- Cambio en el estado de empleo que afecta su elegibilidad para beneficios

Para las cuentas de gastos flexibles para el cuidado de dependientes, además de los cambios mencionados anteriormente, también puede hacer cambios a mitad de año si tiene un cambio en su horario de trabajo que cambia su necesidad de cuidado de niños, un cambio en el proveedor de cuidado de su hijo que tiene un impacto financiero, o si su guardería o proveedor de cuidado infantil cierra o ya no puede brindar servicios.

Si tiene la intención de cambiar su inscripción debido a una de estas situaciones, tiene 30 días a partir de la fecha del cambio para realizar los cambios en Workday y enviar la inscripción requerida y los documentos de respaldo.







# Atención de rutina y preventiva

Nuestros planes están diseñados para cuidar de usted y su familia cuando ocurre una enfermedad. Más importante aún, nuestros planes médicos, dentales y de la vista están diseñados para garantizar que usted y los miembros cubiertos de su familia reciban la atención preventiva y de rutina necesaria. Asegurarse de tener sus exámenes físicos de rutina, limpiezas dentales y exámenes de la vista de rutina lo ayudan a detectar problemas de salud antes para reducir el tratamiento necesario en el futuro y el tiempo de recuperación. Para mantener los costos bajos, lo alentamos a que use proveedores de la red.

## ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA

Nuestros planes médicos cubren exámenes de rutina, vacunas y exámenes necesarios al 100% sin deducible ni costo compartido, siempre que busque atención de un proveedor de la red. Los planes cubrirán los servicios según lo recomendado por el Grupo de Trabajo de Atención Preventiva de los EE. UU. (USPCTF, por sus siglas en inglés) y la recomendación de su médico personal. Para obtener la lista actual de servicios de atención de rutina cubiertos por el plan, visite: [regence.com/member/members/preventive-care-list#Exams--counseling](https://regence.com/member/members/preventive-care-list#Exams--counseling)

## Servicios preventivos versus servicios de diagnóstico

Los servicios cubiertos pueden ser preventivos o de diagnóstico. La atención “preventiva” tiene como objetivo prevenir una enfermedad o lesión, o detectar problemas antes de que se noten los síntomas. La atención de “diagnóstico” trata, investiga o diagnostica una afección mediante la evaluación de nuevos síntomas, el seguimiento de resultados anormales de pruebas o el seguimiento de problemas existentes.

PREVENTIVO	DIAGNÓSTICO
Precautorio y rutinario, como un examen físico anual. Generalmente cubierto en su totalidad sin costo para usted	Trata nuevos síntomas o problemas existentes. La atención puede tener costos como copagos o deducibles
<i>Su médico quiere que se haga una colonoscopia. ¿Es atención preventiva o diagnóstica? ¡Eso depende!:</i>	
Un cribado como medida de precaución debido a tu edad	Un examen de detección debido a los síntomas que tiene.

*Si su médico recomienda una prueba o procedimiento específico, puede preguntar si tiene un propósito preventivo o de diagnóstico; de esa manera sabrá qué tipo de cobertura esperar.*

## EXÁMENES DENTALES Y DE LA VISTA DE RUTINA

Nuestro plan dental cubre la atención de rutina al 100%. Los exámenes de la vista de bienestar se pagan en su totalidad cuando utiliza un proveedor de VSP.

# Términos comunes

Hay algunos términos que debe conocer para comprender mejor cómo funcionan sus planes:

## Máximo Anual – Plan Dental

Esta es la cantidad máxima que el plan dental pagará cada año calendario por los gastos dentales de cada persona cubierta. Una vez que el plan haya pagado \$2,000, usted es responsable de los gastos futuros por el resto del año calendario.

## Coseguro

Una vez que haya tenido gastos de atención médica o dental que excedan el deducible, el plan paga un porcentaje del costo del tratamiento. Esto se conoce como "coseguro", lo que significa que nosotros coaseguramos: usted paga una parte y el plan paga otra.

## Copago o Copago

Una cantidad fija en dólares que paga por el costo de un tipo particular de servicio, como visitas al consultorio o recetas.

## Deducible

Un deducible es la cantidad en un año calendario que usted paga antes de que pague el plan. Una vez que haya tenido gastos médicos o dentales cubiertos que superen el deducible, el plan pagará un beneficio. Llamamos a la acción de cumplir con su deducible, "satisfacer" su deducible. Con el CDHP, si cubre a más de una persona en el plan, deberá satisfacer el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar los beneficios.

## Niveles de cobertura del plan médico

Su lista de proveedores de nivel 1 varía según el plan médico seleccionado. Los beneficios varían según el nivel de proveedor, siendo el nivel 1 el que tiene el nivel más alto de beneficios. Si elige recibir atención de un proveedor de nivel 1, tendrá los menores costos de bolsillo. Los beneficios de nivel 2 son más bajos que los de nivel 1, y el nivel 3 (fuera de la red) tiene el nivel más bajo de beneficios proporcionados.

**Proveedores de red personalizada de SCHS de nivel 1: CDHP y Prime PPO** – Esto incluye las instalaciones de SCHS, los proveedores afiliados y empleados de SCHS, y proveedores adicionales seleccionados en la comunidad para completar la red. No todos los tipos de proveedores o atención especializada están disponibles a través de este nivel.

**Proveedores de la red personalizada de SCHS de nivel 1: plan Select PPO** – Esto incluye las instalaciones de SCHS y los proveedores empleados y afiliados de SCHS. Esta es una lista más pequeña de proveedores de nivel 1 que la lista de nivel 1 del plan CDHP y Prime. No todos los tipos de proveedores o atención especializada están disponibles a través de este nivel.

**Proveedores de nivel 2 dentro de la red** – Proveedores de Regence PPO a nivel local y proveedores de Blue Cross Blue Shield PPO en todo el país.

**Proveedores fuera de la red de nivel 3** – Proveedores que no tienen contrato con SCHS o Regence (estos serían proveedores fuera de la red). Es posible que el proveedor fuera de la red le facture los saldos que excedan cualquier deducible o coseguro que el Plan considere mayores que el cargo usual y habitual de un proveedor similar. Esto se conoce como "facturación de saldo".

## Gasto máximo de bolsillo: planes médicos

Lo máximo que pagará de su bolsillo en un año calendario por los gastos cubiertos antes de que el plan pague el 100% por el resto del año calendario. El desembolso máximo del plan médico incluye cualquier cantidad que pague por el deducible, los copagos médicos/de farmacia y el coseguro. No incluye cargos por encima de la cantidad permitida o cargos no cubiertos por el Plan.

## Primas y Contribuciones

El costo mensual del seguro se conoce como prima. Su contribución es su parte de las primas que se deducen de su cheque de pago que le brinda cobertura. Usted paga una parte de las primas de la cobertura médica, dental y de la vista para usted y los miembros de su familia elegibles y SCHS paga el saldo.





# Beneficios médicos

## OPCIONES DE PLANES

Nuestros beneficios médicos y de farmacia son administrados por **Regence Blue Cross Blue Shield of Oregon (Regence)** y **CVS Caremark**. Ambos ofrecen una red nacional de proveedores preferidos y farmacias para cuando esté de viaje o tenga un hijo en la escuela. Puede elegir entre tres planes médicos para cubrirse a sí mismo y a los miembros de su familia elegibles. Cada opción brinda beneficios médicos y de farmacia integrales, y atención preventiva gratuita.

Te ofrecemos opciones para que puedas elegir el plan que mejor se adapte a tus necesidades y las de tu familia. Revise cuidadosamente los detalles de las tres opciones de planes. Considere el costo total de la atención médica, incluidas sus deducciones de nómina, cuánto pagará de su bolsillo cuando necesite atención y cualquier fondo que SCHS pueda contribuir a una cuenta para ayudarlo a compensar el costo de la atención. Piense en la cantidad de atención médica que utilizan usted y los miembros de su familia, incluidas las visitas al médico, la farmacia y cualquier necesidad de atención futura anticipada, como cirugía o atención de maternidad. Esto le ayudará a decidir cuánto puede necesitar ahorrar para futuros gastos de atención médica.

Si toma medicamentos recetados regularmente, tenga en cuenta que si elige el CDHP, usted es responsable del 100% del costo de su medicamento hasta que se alcance el deducible. Si cubre a más de una persona en el CDHP, debe alcanzar el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar cualquier servicio, excepto la atención preventiva. Esto significa que uno o todos los miembros de la familia cubiertos deben alcanzar juntos el deducible familiar de \$3,300 antes de que el CDHP pague cualquier servicio no preventivo cubierto.

### TOME UNA DECISIÓN INFORMADA

Analice en profundidad sus necesidades de beneficios para tomar una decisión informada entre nuestros tres planes. Utilice esta guía y la guía en línea para tomar decisiones:

**Guía de beneficios en línea** (con guía de voz). Puede revisar los beneficios a su propio ritmo y en el momento que le resulte conveniente. Puede ver la presentación en: [prezi.com/view/z423Lutq7yutt3icZKVo/](https://prezi.com/view/z423Lutq7yutt3icZKVo/). Nota: Debe utilizar uno de los siguientes navegadores web para acceder a nuestra guía en línea: Chrome, Firefox, Edge, Safari (y no Internet Explorer).

## CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR MÉDICO:

Antes de tener su tarjeta de identificación de Regence:

**Nivel 1** – desde su computadora St. Charles, visite [stcharleshealthsystem.sharepoint.com/HealthPlanAdministration/Documents/Regence.pdf](https://stcharleshealthsystem.sharepoint.com/HealthPlanAdministration/Documents/Regence.pdf) o envíe un correo electrónico [beneficios@stcharleshealthcare.org](mailto:beneficios@stcharleshealthcare.org) para obtener una lista en PDF de proveedores.

**Nivel 2** – Todos los proveedores contratados por Regence o Blue Cross Blue Shield PPO

Visita [regence.com](https://regence.com)

1. Seleccione "**Buscar un médico**" en la parte inferior de la página
2. En el cuadro emergente, **elija una ubicación** (dirección, ciudad, código postal o "**usar mi ubicación actual**"). En el siguiente cuadro emergente, elija el nombre de la red: Bajo los planes patrocinados por el empleador de Medical-Oregon y Clark County, WA lista, seleccione "**Preferred Network**"
3. A continuación, tendrá la opción de buscar:
  - Doctores por Nombre – *un nombre de proveedor específico*
  - Médicos por Especialidad – *sin nombre específico, pero por especialidad*
  - Lugares por nombre – *hospitales, clínicas o atención de urgencia por nombre*
  - Lugares por tipo: *hospitales, clínicas o atención de urgencia por tipo*Seleccione una de estas opciones.
4. Luego sigue las indicaciones. La lista de proveedores generada incluirá si el proveedor está aceptando nuevos pacientes, si tienen idiomas además del inglés y sus áreas de enfoque. Puedes refinar la búsqueda usando los filtros o cambiar el área de búsqueda para acercarte o alejarte de donde estás.

Una vez que se registre en [Regence.com](https://regence.com) o a través de la aplicación, los proveedores enumerados serán específicos para su plan e indicarán si están en la red de nivel 1 de su plan.

## RESUMEN DEL PLAN

FINANCIACIÓN DE LA CUENTA SCHS	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN	PLAN PRIME PPO	PLAN SELECT PPO
<b>Cuenta del Fondo de Salud?</b>	Cuenta de Ahorros para la Salud	Ninguna	Cuenta de Reembolso de Salud
<b>Dólares anuales de SCHS en la cuenta</b>	<p>Solo cuidador: \$800</p> <p>Cuidador y cónyuge o familia: \$1,600</p> <p>Cuidador y Niños: \$2,100</p> <p>Nota: las contribuciones a la HSA son la mitad para aquellos que trabajan menos de 60 horas por período de pago</p>	Ninguna	<p>Solo cuidador: \$1,800</p> <p>Cuidador y cónyuge o familia: \$2,400</p> <p>Cuidador y Niños: \$2,900</p>
<b>Premio anual Engage for Health</b>	<p>Se abona en su cuenta de ahorros para la salud al comienzo del año calendario en función de la finalización de las tareas requeridas el año anterior</p> <p>Hasta \$500 por cuidador y \$500 adicionales por cónyuge</p>	<p>Pagado como bono en su cheque de pago al comienzo del año calendario en función de la finalización de las tareas requeridas en el año anterior</p> <p>Hasta \$500 por cuidador y \$500 adicionales por cónyuge</p>	<p>Pagado como bono en su cheque de pago al comienzo del año calendario en función de la finalización de las tareas requeridas en el año anterior</p> <p>Hasta \$500 por cuidador y \$500 adicionales por cónyuge</p>



## RESUMEN DEL PLAN

BENEFICIOS MEDICOS	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN			PLAN PRIME PPO			PLAN SELECT PPO		
	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red
<b>Deducible por año calendario</b>									
Individual	Solo individuo: \$1,650			\$500	\$750	\$1,000	\$4,000	\$5,000	\$7,500
Familia	Cuidador más uno o más miembros de la familia: \$3,300			\$1,500	\$2,250	\$3,000	\$8,000	\$10,000	\$15,000
<b>Máximo de bolsillo por año calendario (deducible incluido)</b>									
¿Qué está incluido en OOP Máximo? Deducible, coseguro y copagos de farmacia									
Individual*	\$2,850	\$5,150	\$7,650	\$3,000	\$5,000	\$8,000	\$6,500	\$7,900	\$13,000
Individual con familia*	\$4,500	\$6,800	\$9,300	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Familia*	\$6,900	\$13,200	\$21,300	\$9,000	\$13,200	\$24,000	\$13,000	\$15,800	\$26,000
<b>Visitas de atención preventiva</b>									
Visita al médico	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible
Vacunas	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible
Exámenes preventivos y trabajo de laboratorio	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible
<b>Atención ambulatoria</b>									
Visitas al médico de atención primaria	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$15 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$35 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$60 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible
Visitas de especialistas	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$50 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible	100% después de un copago de \$50 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$100 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible

\*Los deducibles y los gastos de bolsillo máximos se acumulan entre los niveles de la red.

BENEFICIOS MEDICOS	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN			PLAN PRIME PPO			PLAN SELECT PPO		
	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red
Visitas de atención virtual de Doctor on Demand	100% después del deducible solo con proveedores de Doctor on Demand			100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand			100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand		
Pruebas de diagnóstico: servicios de radiología y laboratorio no rutinarios <i>Laboratorio independiente o instalación de rayos X</i>	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80%, deducible renunciado	70%, deducible renunciado	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas de diagnóstico - Servicios de imágenes (CT/ PET, MRI) <i>Se requiere autorización previa para PET Scan y MRI espinal</i>	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80%, deducible renunciado	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
Atención de urgencia	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible	100% después de un copago de \$15 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$50 por visita, deducible renunciado	70% deducible renunciado	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$60 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible
Visitas a la sala de emergencias	80% después del deducible	80% después del deducible	80% después del deducible	100% después de un copago de \$100, deducible renunciado			100% después de un copago de \$300, deducible renunciado		
Cirugía bariátrica	80% después del deducible*	No cubierto		80% después de un copago de \$1,000 por cirugía*	No cubierto		No cubierto		
Acupuntura y Manipulaciones de la Columna Vertebral Limitado a \$1,500 combinados por año calendario	100% después del deducible	100% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible	No cubierto		
Terapia física, ocupacional, del habla, masajes, cardíaca y pulmonar, terapia del habla, cardíaca, visual y pulmonar Limitado a 50 visitas combinadas por año calendario	80% después del deducible	80% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible	100% después de un copago de \$50 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$100 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible
Centro para pacientes ambulatorios	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible

\*La cirugía bariátrica está limitada a un límite de por vida de \$250,000, incluidas las complicaciones.



BENEFICIOS MEDICOS	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN			PLAN PRIME PPO			PLAN SELECT PPO		
	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red
<b>Cuidado de paciente hospitalizado</b>									
Centro para pacientes internados	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado profesional	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible
<b>Salud conductual</b>									
Profesional ambulatorio	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$15 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$15 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible
Visitas de atención virtual de Doctor on Demand	100%, después del deducible solo con proveedores de Doctor on Demand			100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand			100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand		
Tratamiento para pacientes hospitalizados, residenciales o de día parcial	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible

## AUTORIZACIÓN PREVIA: ATENCIÓN MÉDICA

Hay algunos servicios que tanto usted como Regence desean saber si son médicamente necesarios y están cubiertos por el Plan antes de que se brinde la atención. Esto incluye ciertas cirugías, pruebas genéticas, atención médica domiciliaria, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención de salud conductual para pacientes hospitalizados y residenciales, medicamentos especializados y exámenes de detección de alto costo (resonancias magnéticas espinales y tomografías por emisión de positrones). El proceso funciona así:

1. Su proveedor recomienda atención que necesita autorización previa
2. Su proveedor envía información a Regence que describe lo que está recomendando, por qué y qué otra atención ya se ha intentado
3. Los gerentes médicos de Regence revisan la información y, si cumple con sus criterios, aprueban la atención.
4. Se envía un aviso de aprobación al proveedor y al paciente.
5. Programas tus servicios y recibes la atención

Si se deniega la atención, Regence proporcionará una explicación detallada del motivo e incluirá sus criterios para la aprobación. Antes de emitir una denegación, un médico de Regence también revisa el caso para proporcionar una capa adicional de supervisión. Si no se aprueba la atención, los siguientes pasos son:

1. Pídale a su médico que tenga una conversación de médico a médico con el médico de Regence. Esto puede aclarar dudas, permitir que su médico explique por qué se necesita la atención y qué más se ha intentado.
2. Tiene derecho a apelar la decisión ante Regence dos veces. En la apelación, deberá proporcionar cualquier información adicional que demuestre que la atención es necesaria y cumple con los criterios de Regence. Es posible que deba obtener información adicional de su proveedor o probar otras alternativas. Asegúrese de seguir las instrucciones y los plazos de la carta de denegación.
3. Si después de la segunda apelación aún se niega la atención, usted tiene derecho a una revisión por parte de un revisor médico independiente que sea un médico de especialidad no afiliado a Regence. Su decisión es definitiva.

## PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Su proveedor de atención primaria (PCP) es el mariscal de campo de su atención, el centro de todo lo relacionado con su salud. Eso significa que su PCP es un experto en sus objetivos de salud. Lo ayudan a navegar por el sistema de atención médica, traducen los resultados de las pruebas y trabajan con especialistas cuando los necesita para asegurarse de que está recibiendo lo mejor en atención coordinada. Su PCP es su socio en la salud y su mayor defensor de la atención médica: se aseguran de que reciba una atención mejor y más personalizada.

Creemos que es importante que todos tengan un PCP para brindar apoyo y coordinación de la atención, por lo que lo alentamos a que seleccione un médico y tenga una visita de rutina para establecer su relación. Ejemplos de tipos de médicos de atención primaria son medicina interna, medicina familiar o pediatras para sus hijos.

## APOYO LGBTQIA+

St. Charles se compromete a brindar apoyo a todos los cuidadores y familiares, y reconoce que las necesidades de atención médica de nuestra comunidad pueden diferir para algunos miembros. Regence brinda apoyo adicional a nuestra comunidad LGBTQIA+ al que puede acceder en [regence.com/member/lgbtq-support](https://www.regence.com/member/lgbtq-support). Para nuestra comunidad transgénero, nuestro plan de salud cubre el costo de la transición, según las pautas del plan y la autorización previa.





## COSAS A CONSIDERAR AL ELEGIR SU PLAN MÉDICO

Aquí hay un gráfico útil que puede ayudarlo a orientarlo en la dirección correcta al elegir su plan:

CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN (CDHP) CON HSA	PLAN PRIME PPO	SELECT PPO PLAN CON HRA
<p><b>Prima: \$\$</b> <b>Deducible: \$\$</b></p>	<p><b>Prima: \$\$\$</b> <b>Deducible: \$</b></p>	<p><b>Prima: \$</b> <b>Deducible: \$\$\$</b></p>
<p>Buena elección si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prefiere un deducible más alto que le permita pagar menos de su cheque de pago</li> <li>• Le gustaría planificar para el futuro abriendo una Cuenta de Ahorros para la Salud con ventajas impositivas y le gusta que sea el propietario de la cuenta</li> <li>• Puede planificar sus necesidades de atención médica y depositar fondos en la cuenta de ahorros para la salud para cubrirlas.</li> <li>• Desea cobertura para cirugía de pérdida de peso, TMJ o atención alternativa que incluye acupuntura y quiropráctica</li> </ul>	<p>Buena elección si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gusta un deducible más bajo y está dispuesto a pagar más de su sueldo por ello</li> <li>• Tiene muchas necesidades continuas de atención médica y no se siente cómodo con tener que pagar los gastos y recibir un reembolso de una cuenta financiada por SCHS.</li> <li>• Prefiere visitas predecibles al consultorio y copagos de medicamentos recetados</li> <li>• Desea cobertura para cirugía de pérdida de peso, TMJ o atención alternativa que incluye acupuntura y quiropráctica</li> </ul>	<p>Buena elección si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene muchas necesidades de atención médica y se siente cómodo con un plan de deducible alto con montos bajos de su cheque de pago.</li> <li>• Le gusta que el deducible alto se compense con los dólares de la cuenta de reembolso de salud y que pueda acumular los fondos con el tiempo</li> <li>• Prefiere visitas predecibles al consultorio y copagos de medicamentos recetados</li> <li>• Está bien sin cobertura para cirugía de pérdida de peso, TMJ o cuidado alternativo que incluye acupuntura y quiropráctica</li> <li>• Se siente cómodo con las opciones de proveedores en la red más restrictiva de Nivel 1 Select PPO</li> </ul>

## ¿CÓMO DECIDES?

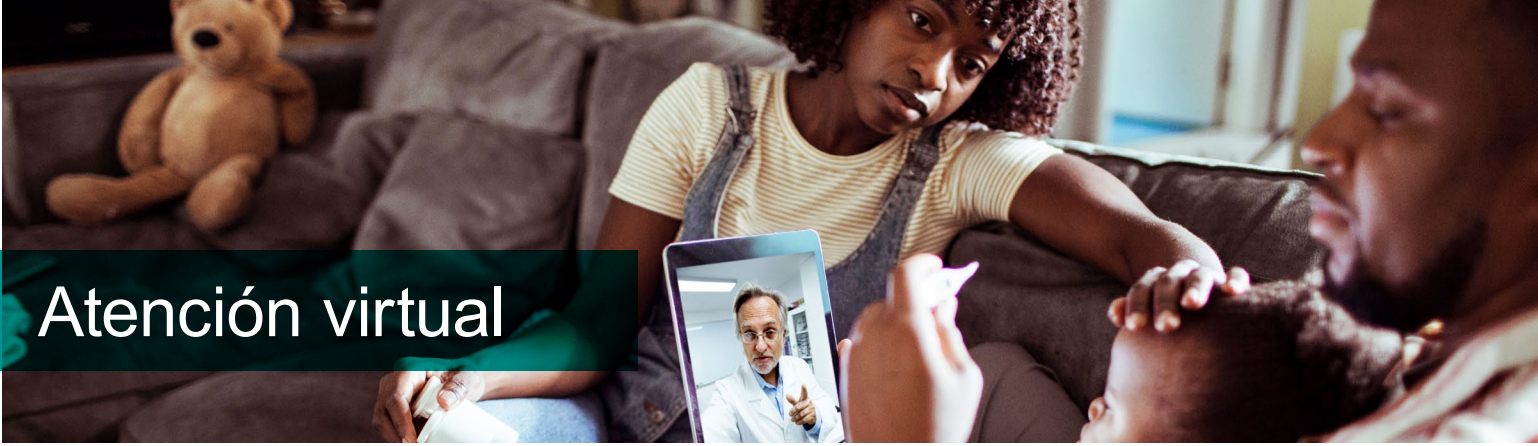
¿Cómo decide finalmente qué plan seleccionar? Una vez que considera las diferencias en la red, cómo funciona el CDHP (particularmente para aquellos con medicamentos) y cuánta atención médica usa generalmente, o está anticipando, generalmente su decisión se reduce a minimizar lo que sale de su bolsillo si tiene algunas costosas necesidades de atención médica. Aquí hay un breve resumen de las diferencias financieras para cada plan según el deducible, las contribuciones de SCHS a la HSA o HRA, la atención brindada por proveedores de Nivel 1 y sus deducciones de nómina.

Tenga en cuenta: las deducciones de nómina en este ejemplo se basan en las primas de tiempo completo.

<b>Escenario 1: Cobertura solo para el cuidador</b>	<b>CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN</b>	<b>PLAN PRIME PPO</b>	<b>PLAN SELECT PPO</b>
<b>Diferencia en el deducible después de la financiación de la cuenta SCHS</b>			
Deducible por año calendario	\$1,650	\$500	\$4,000
SCHS dólares en una cuenta	\$800 en una HSA	Ninguna	\$1,800 en una HRA
Saldo del deducible para cumplir después de aplicar los fondos de la cuenta SCHS	\$850	\$500	\$2,200
<b>Diferencia en deducciones de nómina por año</b>			
Deducciones anuales de nómina	\$995.64	\$2,209.32	\$129.96
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan CDHP	Mismo	+\$1,213.68	-\$865.68
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan Prime PPO	-\$1,213.68	Mismo	-\$2,079.36
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el plan Select PPO	+865.68	+\$2,079.36	Mismo

<b>Escenario 2: Cobertura para el cuidador y la familia (cónyuge e hijos)</b>	<b>CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN</b>	<b>PLAN PRIME PPO</b>	<b>PLAN SELECT PPO</b>
<b>Diferencia en el deducible después de la financiación de la cuenta SCHS</b>			
Deducible por año calendario	\$3,300	\$500 por individuo, pero no más de \$1,500 para todos los miembros de la familia combinados	\$4,000 por individuo, pero no más de \$8,000 para todos los miembros de la familia combinados
SCHS dólares en una cuenta	\$1,600 en una HSA	Ninguna	\$2,400 en una HRA
Saldo del deducible para cumplir después de aplicar los fondos de la cuenta SCHS	\$1,700	Si 3 personas en la familia alcanzan el deducible: \$1,500 Si 2 personas en la familia alcanzan el deducible: \$1,000 Si un miembro de la familia alcanza el deducible: \$500	Si 2 personas en la familia alcanzan el deducible: \$5,600 Si 1 persona en la familia alcanza el deducible: \$1,600
<b>Diferencia en deducciones de nómina por año</b>			
Deducciones anuales de nómina	\$3,851.16	\$7,488.48	\$1,452.36
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan CDHP	Mismo	+\$3,637.32	-\$2,398.80
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan Prime PPO	-\$3,637.32	Mismo	-\$6,036.12
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el plan Select PPO	+\$2,398.80	+\$6,036.12	Mismo





# Atención virtual

## DOCTOR ON DEMAND: VISITAS AL MÉDICO LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

Si está cubierto por uno de nuestros planes médicos, tiene acceso a visitas médicas virtuales las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La atención se brinda a través de la asociación de Regence con Doctor on Demand. También puede utilizar Doctor on Demand para la atención de salud conductual. Todos los proveedores son médicos certificados y proveedores autorizados que brindan atención cuando y donde la necesita, desde la privacidad de su hogar, automóvil u oficina. SCHS cubre el costo de su visita al 100% sin deducible ni copago para los planes Prime y Select PPO, y después del deducible para el CDHP. Los proveedores de Doctor on Demand pueden tratar la mayoría de las necesidades de atención urgente como:

- Tos
- Infecciones del tracto urinario
- Dolores de estómago
- Dolor de cabeza
- Erupciones cutáneas
- Gripe (no COVID) ¡Y más!
- Problemas respiratorios
- Infecciones oculares

Puedes realizar una visita por videoconferencia (Skype o FaceTime) o por teléfono, y puedes aportar fotos de erupciones o infecciones oculares. Simplemente descarga la aplicación para tu smartphone o accede a ellas a través de la web en [doctorondemand.com](https://doctorondemand.com) o el portal Regence. Los médicos de Doctor on Demand pueden recetar medicamentos y enviar la receta a la farmacia que usted elija.

### CÓMO PROGRAMAR UNA VISITA DE DOCTOR ON DEMAND:

- Llame al 800-997-6196, visite [doctorondemand.com](https://doctorondemand.com) o utilice su aplicación para teléfonos inteligentes.
- Tenga a mano su tarjeta de identificación para verificar su plan
- Si esta es su primera visita, deberá proporcionar un breve historial de salud, o puede registrarse previamente para que este paso ya esté resuelto.
- El médico lo llamará, generalmente dentro de los 20 minutos, por teléfono o chat de video de su elección. También puede hacer una cita para el horario que más le convenga. Si está programando una visita de salud del comportamiento, siempre hará una cita.

## DOCTOR ON DEMAND ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

Además de los problemas de atención médica, también puede recibir asesoramiento sobre salud conductual a través de Doctor on Demand. Al igual que con las visitas en persona, puede seleccionar su proveedor y tener sesiones virtuales periódicas por video. Tienen una variedad de tipos de proveedores disponibles que pueden proporcionar terapia de conversación o manejo de medicamentos, ¡o ambos! Por lo general, toma entre 1 y 3 días programar una cita, y aunque esta atención no está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, hay un horario ampliado, con citas disponibles los 7 días de la semana. Puede visitar el sitio o la aplicación Doctor on Demand y seleccionar el proveedor que mejor se adapte a sus criterios de atención antes de programar su cita.

## HINGE HEALTH - FISIOTERAPIA VIRTUAL

Hinge Health proporciona todas las herramientas que necesita para volver a moverse desde la comodidad de su hogar. Obtendrá una terapia de ejercicios adaptada a su condición, sensores portátiles para comentarios en vivo en la aplicación y un entrenador personal y un fisioterapeuta. Todo sin costo alguno para usted o los miembros elegibles de su familia mayores de 18 años. Este programa puede ayudar a:

- Aquellos que necesitan vencer el dolor articular o muscular, o el movimiento limitado
- Recuperación de una lesión o cirugía pasada
- Reducir la rigidez en las articulaciones doloridas

Únase para sus problemas de espalda, rodillas, cadera, cuello, suelo pélvico o problemas de hombros. Para acceder a la atención, escanee el código QR anterior o llame al 855-902-2777.



## MÁS SERVICIOS VIRTUALES DE APOYO A LA SALUD CONDUCTUAL

Si usted o un ser querido enfrenta un desafío de salud conductual, a través de nuestra asociación con Regence, tiene acceso a una variedad de recursos que pueden ayudar. Queremos que el acceso sea lo más fácil posible cuando usted o su familiar necesiten atención. Puede encontrar proveedores dentro de la red cubiertos en nuestro plan de salud visitando [Regence.com](https://www.regence.com) para obtener asesoramiento personalizado, atención hospitalaria y programas ambulatorios.

También se puede acceder a los proveedores de la red a través de cualquiera de los siguientes programas y servicios. Estos proveedores estarán cubiertos por nuestra red de nivel 2 y brindarán los beneficios normales del plan para atención conductual, incluidos los deducibles, copagos o coseguros aplicables.

### AbleTo Therapy+

Este programa personalizado de 8 semanas utiliza terapia y cuidado personal para ayudarte a alcanzar tus metas. Trabajas con terapeutas y entrenadores capacitados, utilizando terapia cognitiva conductual para ayudarte a superar los desafíos de la vida. Todo desde la comodidad de tu hogar por teléfono o video, y en el horario que mejor te convenga. Visita [ableto.com](https://www.ableto.com) o llama al 866-287-1802.

### Charlie Health

Proporciona telesalud para tratar a adolescentes y adultos jóvenes con necesidades de salud conductual. Visite [charliehealth.com](https://www.charliehealth.com).

### Equip Telehealth

Específico para el tratamiento de todos los trastornos alimentarios, así como de afecciones coexistentes como la ansiedad y la depresión. Para edades de 6 a 24 años. Visite [equip.health](https://www.equip.health).

### NOCD

Para recibir atención personalizada para el tratamiento de trastornos obsesivo-compulsivos, incluidas visitas de asesoramiento virtuales y asistencia mediante aplicaciones, visite [treatmyocd.com](https://www.treatmyocd.com) o descargue su aplicación.

### Talkspace

Acceso a atención de salud conductual general con un consejero de su elección. Después de una breve sesión de admisión en línea, se le asignará un consejero que cumpla con sus criterios y que trate sus problemas actuales. Visite [talkspace.com](https://www.talkspace.com) o descargue su aplicación.

*PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS, TAMBIÉN PUEDE ACCEDER A:*

### Boulder Care

Reciba atención ambulatoria coordinada para toda la persona a través de visitas seguras por video y mensajes en su aplicación. Acceda a la atención visitando [boulder.care](https://www.boulder.care), llamando al 866-901-4860 o descargando su aplicación.

### Hazelden Betty Ford

El tratamiento se puede brindar en persona o virtualmente tanto para la salud conductual como para el trastorno por consumo de sustancias. Pueden brindar atención en persona para tratamientos ambulatorios o internados, con clínicas en Beaverton y Newberg, Oregon (junto con muchas otras ubicaciones). Visite [hazeldenbettyford.org](https://www.hazeldenbettyford.org) o llame al 877-859-2124.





# Programas de Apoyo a la Salud

## REGENCE APOYO A LA SALUD Y OTROS PROGRAMAS

Gracias a nuestra asociación con Regence, puede acceder a algunos servicios de asistencia sanitaria interesantes, opciones de atención virtual y programas de descuento. A continuación, se incluye una descripción general de estos programas y servicios, quiénes podrían beneficiarse de ellos y cómo acceder a ellos.

### Teladoc Health: apoyo de salud para la diabetes, la prediabetes y la hipertensión arterial

Si tiene diabetes o presión arterial alta, seguramente sabe lo difícil que puede ser controlar su glucosa o presión arterial para mantener sus valores dentro de los rangos normales. O tal vez tenga algunos kilos de más que lo pongan en riesgo de padecer diabetes. El programa Teladoc Health lo ayuda a mantener sus valores dentro de los rangos normales o lo ayuda a perder peso para que no se vuelva diabético. Si califica, recibirá:

- Apoyo de salud personal de entrenadores expertos.
- Estrategias para ayudar a realizar los cambios de comportamiento necesarios
- Tecnología conectada que ofrece resultados en tiempo real y monitoreo remoto
- Educación continua y soporte de contenido.

La participación es voluntaria y puede darse de baja en cualquier momento. No tiene ningún costo para usted ni para los miembros elegibles de su familia. Teladoc Health se comunicará con cualquier persona que cumpla con sus criterios de participación (según los datos de la reclamación).

### Regence Digital Connections: en Regence.com o desde la aplicación de su teléfono inteligente

La experiencia es la misma tanto si accedes a través de la web como de la App. Todo lo que necesitas está en un solo lugar. Verifique sus reclamos, vea sus beneficios, encuentre proveedores dentro de la red, vea su historial de atención médica y chatee con el servicio al cliente. Todo esto está directamente desde su propia pantalla de inicio: una forma conveniente de cuidarse y ahorrar dinero en el camino. Una característica adicional de la aplicación es que incluye una tarjeta de identificación de miembro digital para un fácil acceso sobre la marcha.

#### **¡EMPEZAR!**

Descargue la aplicación Regence o vaya a regence.com para crear una cuenta. Todo lo que necesita es su tarjeta de identificación de miembro para comenzar.

## Care Management Plus

Si se enfrenta a un problema médico complejo o repentino, los administradores de casos de Regence (enfermeras registradas y trabajadores sociales experimentados) están aquí para responder preguntas y asegurarse de que reciba la atención que necesita. Se le asignará una sola enfermera que actuará como su defensora, asesora y guía. Se asociarán con usted y su médico para respaldar su plan de tratamiento en función de sus necesidades, sistema de apoyo y beneficios. Toman una visión holística de su salud, observando cómo funcionan juntas todas las piezas de su experiencia de atención.

Además de los problemas complejos y repentinos, si está controlando una enfermedad crónica, puede beneficiarse de un defensor que anteponga sus necesidades de atención. Su enfermera de atención personal puede ayudar a establecer conversaciones de atención, ayudar a programar citas y responder sus preguntas. Trabajarán entre bastidores para abordar cualquier posible brecha en la atención y para garantizar que reciba la atención adecuada en el momento adecuado. Este servicio es para los cuidadores y sus familiares cubiertos.

### *RAZONES POR LAS QUE REGENCE SE COMUNICARÁ*

- Tuviste una hospitalización reciente
- Se está preparando para una estadía en el hospital.
- Tienes una condición crónica.
- Notamos una brecha en su atención
- Queremos compartir información importante sobre una condición de salud.
- Ha tenido múltiples hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias
- Su hijo tiene una admisión en NICU o PICU
- Está programado para, o está en la lista para, un trasplante

### *QUÉ PUEDE HACER REGENCE PARA AYUDAR*

- Ofrecer apoyo, información y recursos.
- Coordinar necesidades de atención complejas
- Responder preguntas sobre beneficios y condiciones de salud.
- Asegúrese de obtener los servicios correctos, en el momento y lugar correctos
- Trabajar para establecer el equipo de atención adecuado a través de nuestro modelo de enfermera única
- Ayudar a manejar una condición compleja o crónica

## Regence Advantages: programas de descuento

Como miembro de Regence, hacerse cargo de su salud es fácil. Regence Advantage le ayuda a usted y a su familia a ahorrar en los productos y servicios relacionados con la salud que más necesita.

Para acceder a sus descuentos, visite [regence.com/member/resources/advantages-discounts](https://www.regence.com/member/resources/advantages-discounts) o a través de su portal o aplicación para teléfonos inteligentes.

# Medicamentos recetados

## BENEFICIOS DE FARMACIA

	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN			PLAN PRIME PPO			PLAN SELECT PPO		
	Farmacia Comunitaria SCHS	Farmacia minorista de CVS Caremark	Farmacia de pedidos por correo de CVS Caremark	Farmacia Comunitaria SCHS	Farmacia minorista de CVS Caremark	Farmacia de pedidos por correo de CVS Caremark	Farmacia Comunitaria SCHS	Farmacia minorista de CVS Caremark	Farmacia de pedidos por correo de CVS Caremark
Suministro máximo de días	30 días o 90 días con copago de 2.5x 30 días para especialidad	30 días	90 días 30 días para especialidad	30 días o 90 días con copago de 2.5x 30 días para especialidad	30 días	90 días con copago 2x 30 días para especialidad	30 días o 90 días con copago de 2.5x 30 días para especialidad	30 días	90 días con copago 2x 30 días para especialidad
¿Se aplica el deducible médico?	Sí			No			No		
Genérico**	Después del deducible, 100% después de un copago de \$5	80% después del deducible	80% después del deducible	100% después de un copago de \$5	100% después de un copago de \$10	100% después de un copago de \$20	100% después de un copago de \$5	100% después de un copago de \$10	100% después de un copago de \$20
Medicamentos preventivos genéricos/de marca	Genérico 100% sin deducible Marca 100% después de un copago de \$20, sin deducible	80% después del deducible	100% genérico, 80% de marca, sin deducible	Se aplican copagos regulares	Se aplican copagos regulares	Se aplican copagos regulares	Se aplican copagos regulares	Se aplican copagos regulares	Se aplican copagos regulares
Marca preferida	Después del deducible, 100% después de un copago de \$20	80% después del deducible	80% después del deducible	100% después de un copago de \$30	100% después de un copago de \$40	100% después de un copago de \$80	100% después de un copago de \$30	100% después de un copago de \$40	100% después de un copago de \$80
Marca no preferida	Después del deducible, 100% después de un copago de \$40	80% después del deducible	80% después del deducible	100% después de un copago de \$50	100% después de un copago de \$60	100% después de un copago de \$120	100% después de un copago de \$50	100% después de un copago de \$60	100% después de un copago de \$120
Medicamentos de especialidad	Después del deducible, 100% después de un copago de \$100	80% después del deducible	80% después del deducible	100% después de un copago de \$100	100% después de un copago de \$150	100% después de un copago de \$150	100% después de un copago de \$100	100% después de un copago de \$150	100% después de un copago de \$150

\*\*Los genéricos son obligatorios para los medicamentos en los que existe una alternativa genérica. Si se dispensa una marca, el paciente pagará la diferencia de precio entre la marca y el genérico, más el copago de la marca. Si hay una razón médica válida por la que el paciente no puede tomar el medicamento genérico, puede apelar a CVS Caremark y, si se aprueba, se anulará la sanción.



## FORMULARIO: MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS

Comprender sus opciones cuando se trata de elegir sus medicamentos puede ayudarlo a ahorrar dinero. Los medicamentos genéricos son los medicamentos de menor costo y tienen el menor costo compartido en nuestros planes de farmacia. Hemos trabajado con CVS Caremark para crear nuestra lista de medicamentos preferidos (también llamada formulario) para ayudarlo a usted y a su médico a tomar decisiones sobre qué medicamentos pueden ser adecuados para usted. Antes de agregar un medicamento a la lista de medicamentos preferidos de CVS Caremark, un equipo de médicos y farmacéuticos lo evalúa cuidadosamente. ¿Qué tan efectivo es? ¿Es seguro? ¿Mejorará la salud? ¿Hay otros medicamentos en el mercado que hagan lo mismo, pero más baratos y efectivos? Al elegir una opción de medicamento preferido, está eligiendo un copago más bajo o un medicamento de menor costo. Los medicamentos de marca no preferidos no están en nuestro formulario, por lo tanto, si bien puede usarlos libremente, su costo será mayor. Puede verificar si sus medicamentos son los preferidos consultando la lista del formulario en el sitio web de CVS en:

[caremark.com/portal/asset/Advanced\\_Control\\_Formulary.pdf](https://caremark.com/portal/asset/Advanced_Control_Formulary.pdf)

## MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO: CÓMO OBTENER UN SUMINISTRO DE 90 DÍAS

Muchos de los medicamentos que toma regularmente pueden estar disponibles para su compra durante 90 días a la vez en St. Charles Community Pharmacy o mediante la comodidad de la entrega a domicilio a través de CVS Caremark. Ambas opciones le ahorran viajes a la farmacia y dinero a través de costos de medicamentos o copagos más bajos.

## PEDIDO POR CORREO DE FARMACIA: ENTREGA A DOMICILIO A TRAVÉS DE CVS CAREMARK

La entrega a domicilio es la forma más conveniente de obtener sus medicamentos de mantenimiento. Puede recibir un suministro de 90 días en su hogar y paga menos que si lo comprara en una farmacia minorista para 30 días a la vez. La conveniencia de la entrega a domicilio es una ventaja y recibirá recordatorios de recarga para que nunca se quede sin los medicamentos que necesita. El pedido por correo es para medicamentos que toma regularmente, como para el tratamiento de la presión arterial alta, la diabetes (incluidas las tiras reactivas y las lancetas), el colesterol, la tiroides, la depresión, el control de la natalidad y más. Puede pedirle a su proveedor que llame a la farmacia de entrega a domicilio de CVS Caremark para solicitar sus resurtidos, o llame al número de servicio al cliente de CVS Caremark para obtener ayuda para programar su entrega a domicilio.

## AUTORIZACIÓN PREVIA Y TERAPIA ESCALONADA

Algunos medicamentos son de alto costo y no son necesariamente más efectivos. Hay algunos medicamentos que requerirán autorización antes de ser dispensados. Esto es para asegurarse de que haya probado tratamientos de menor costo y más probados antes de usar los medicamentos de mayor costo. Si no ha probado estos tratamientos, CVS Caremark trabajará con usted y su médico para que pruebe estos medicamentos primero. Esto se llama terapia escalonada. Se le informará de la necesidad de autorización previa o terapia escalonada de su farmacéutico cuando surta la receta. CVS Caremark trabajará con su médico para obtener la documentación necesaria para revisar la cobertura del medicamento.

# Beneficios Dentales

## DELTA DENTAL OF OREGON (UNA EMPRESA DE MODA HEALTH)

Nuestro plan dental es a través de Delta Dental of Oregon e incluye una red nacional de proveedores a través de su red Delta Dental. Estos dentistas acordaron brindar atención a una tarifa con descuento contratada. Esto ahorra dinero tanto para el plan como para el paciente, por lo que le recomendamos que utilice un proveedor de la red de Delta Dental.

El cuidado dental preventivo es una parte importante de su salud en general. Una buena salud oral puede reducir el riesgo de ataque cardíaco, parto prematuro para mujeres embarazadas y puede mejorar el control del azúcar en la sangre para diabéticos. Nuestro plan dental brinda atención preventiva al 100 % y la atención preventiva que recibe no se aplica a su beneficio máximo anual. También es el camino para un aumento anual (o para mantener su nivel de beneficios una vez que alcance el 100%) en la cobertura de servicios básicos. Debe tener servicios preventivos y de diagnóstico al menos una vez por año calendario para aumentar al siguiente nivel de cobertura. Si no lo hace, en el próximo año calendario la cobertura de los servicios básicos bajará al 70%.

**ENCONTRAR UN DENTISTA DE LA RED DE DELTA DENTAL ES FÁCIL:**

Visite su sitio web en [deltadentalor.com](http://deltadentalor.com) y haga clic en "buscar un dentista", o llámelos al **888-217-2365**.

El siguiente es un resumen de nuestro plan dental:

BENEFICIO	DENTISTA DE LA RED DE DELTA DENTAL	DENTISTA FUERA DE LA RED*
<b>Deducible por año calendario</b> Individual Familia	Solo aplica para Servicios Mayores \$25 \$75	
<b>Beneficio Máximo por Año Calendario</b>	\$2,000 por individuo cubierto No incluye cuidado preventivo	
<b>Clase I – Atención preventiva*</b> Examen oral de rutina Limpiezas Radiografías de aleta de mordida Tratamiento de fluoruro	100%	100%
<b>Clase II-Servicios Básicos</b> Rellenos Terapia de canal radicular Terapia periodontal Cirugía Oral	Debe tener atención preventiva para aumentar su % de beneficio cada año Primer Año: 70% Segundo Año: 80% Tercer Año: 90% Cuarto Año: 100%	Debe tener atención preventiva para aumentar su % de beneficio cada año Primer Año: 70% Segundo Año: 80% Tercer Año: 90% Cuarto Año: 100%
<b>Clase III-Restaurador Mayor</b> Coronas Puentes Dentadura postiza Implantes	50%	50%
<b>Clase IV-Ortodoncia</b> Niños y Adultos	50% a \$3,000 por individuo cubierto, de por vida	

\*A los dentistas fuera de la red se les pagará en función del percentil 90 de Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR). UCR se basa en la cantidad que los proveedores en un área geográfica suelen cobrar por los mismos o similares servicios. El percentil 90 significa que en el 90% de los casos lo que cobra el dentista estará dentro del rango de la UCR. Cualquier monto cobrado por un dentista fuera de la red sobre la UCR puede cobrarse al paciente.



# Beneficios de la vista

## VISION SERVICE PLAN

Vision Service Plan (VSP) tiene una gran red de proveedores en todo el país. El plan VSP tiene dos niveles de cobertura: beneficios dentro de la red VSP y beneficios fuera de la red. El Plan pagará mucho más si usa un proveedor de VSP. VSP también ofrece descuentos para miembros (p. ej., descuento anual en el suministro de lentes de contacto, ahorros adicionales en anteojos) a través de Eyeconic, su sitio web de anteojos en línea. Si usa un proveedor de VSP, solo cobrarán sus copagos y costos compartidos en el momento del servicio. También se encargarán de presentar tu reclamación.

Cuando esté listo para visitar a un proveedor de VSP, simplemente:

- Elija su proveedor de VSP y programe una cita
  - Necesitarán el nombre, la fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del cuidador.
- Ir a tu cita
- El proveedor presentará el reclamo y se encargará de todo el papeleo
- Usted les paga los gastos de su bolsillo y ¡listo!

## LightCare

Otra ventaja de VSP es que puede usar su beneficio anual de lentes y monturas para comprar anteojos de sol sin receta listos para usar, o anteojos con filtro de luz azul sin receta listos para usar, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados.

## Terapia de la vista

El beneficio de terapia de la vista con VSP brinda tratamiento a los miembros que tienen problemas visuales graves asociados con deficiencias sensoriales y/o musculares del sistema de la vista. La cobertura es limitada y está sujeta a autorización y aprobación previas de VSP. Si el paciente cumple con los criterios de beneficios para la terapia de la vista, el médico de la red de VSP enviará un formulario de verificación a VSP para obtener la Autorización de beneficios.

La cobertura para la terapia de la vista dentro de la red incluirá lo siguiente:

### EXAMEN SENSORIOMOTOR

VSP paga hasta un máximo de \$85 por año de servicio por un examen sensoriomotor aprobado. Los médicos no pueden facturar saldos al paciente por ningún monto superior al aprobado por VSP. El máximo de \$85 no se destinará a la asignación de capacitación anual.

### ENTRENAMIENTO ORTÓPTICO Y/O PLEÓPTICO (SESIONES DE TERAPIA)

La asignación máxima para terapia de la vista es de \$750 por año de servicio. VSP pagará el 75% del monto permitido para las sesiones de terapia aprobadas hasta el límite de \$750. El paciente es responsable del 25% restante. Las sesiones adicionales no aprobadas por VSP, o después de \$750, se manejan de forma privada entre el médico y el paciente.

Los beneficios fuera de la red se limitarán a las tasas de reembolso dentro de la red y están sujetos a la autorización de beneficios y los criterios de VSP.

### ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE VSP ES FÁCIL:

Simplemente visite [vsp.com](http://vsp.com), configure un nombre de usuario y contraseña haciendo clic en la pestaña "Miembro". Una vez que haya iniciado sesión, podrá:

- Vea sus beneficios, encuentre un médico dentro de la red y mucho más
- Encuentre un proveedor de la red VSP: ingrese su código postal o dirección y luego haga clic en "Buscar". Verá una lista de proveedores por distancia desde su dirección o código postal.



El siguiente es un resumen de nuestras opciones de planes de la vista:

BENEFICIO	VISION SERVICE PLAN	
	Proveedor de la red VSP Choice	Proveedor fuera de la red
<b>Examen de visión</b>	Cubierto en su totalidad Examen de lentes de contacto cubierto en su totalidad después de un copago de no más de \$60	Asignación de \$70 El examen de lentes de contacto no está cubierto
<b>Frecuencia del examen de visión , Lentes y Monturas</b>	Uno por año calendario	
<b>Marcos</b>	Asignación de \$250 Subsidio de \$270 para marcas de monturas destacadas Ahorro del 20% en cualquier monto que supere la asignación Asignación de \$135 en Costco o Walmart  Cubierto en su totalidad para niños menores de 19 años  <b>LightCare:</b> Asignación de \$250 para anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos recetados o lentes de contacto*	Asignación de \$115 para marcos  <b>LightCare:</b> Asignación de \$115 para anteojos de sol sin receta confeccionados o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos recetados o lentes de contacto
<b>Lentes</b> Visión singular Bifocales forrados Trifocales forrados Lentes progresivas	Cubierto en su totalidad	Asignación de \$30 Asignación de \$50 Asignación de \$65 Asignación de \$50
<b>Mejoras de lentes</b> Recubrimiento antideslumbrante Revestimiento resistente a los arañazos Lentes resistentes a impactos UV, alto índice, fotocromático (niños menores de 19 años solamente) Todas las demás opciones de lentes	Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad  30% de descuento promedio	No cubierto
<b>Lentes de contacto</b> (En lugar de anteojos)	Asignación de \$250 Cubierto en su totalidad para niños menores de 19 años	Asignación de \$200
<b>Ahorros adicionales</b> Anteojos recetados y anteojos de sol	20% de descuento de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen de la vista	Ninguna
<b>Descuento de corrección de la visión con láser</b>	Descuento promedio del 15% sobre el precio regular o 5% sobre el precio promocional de las instalaciones contratadas por VSP	Ninguna

\*Los beneficios de LightCare no están disponibles en Walmart. Los anteojos LightCare comprados en Costco tendrán un límite de \$135.



# Cuentas libres de impuestos

SCHS ofrece una selección de tres planes médicos diseñados para satisfacer sus necesidades de atención médica y las de su familia. Cada uno de nuestros planes médicos se puede combinar con un tipo diferente de cuenta libre de impuestos para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo. Nos asociamos con Fidelity, que administra todas nuestras cuentas con ventajas impositivas: cuentas de gastos flexibles, reembolso de salud y ahorros para la salud. Aquí están las cuentas emparejadas con cada uno de nuestros planes médicos:

- Caregiver Directed Health Plan (CDHP): combinado con una cuenta de ahorros para la salud (HSA) y una cuenta de gastos flexibles de propósito limitado
- Plan Prime PPO: combinado con una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de la salud
- Select PPO: combinado con una cuenta de reembolso de salud y una cuenta de gastos flexibles de atención médica

Los cuidadores también pueden participar en la Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes, independientemente de su elección de plan médico.

## CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

**Puede participar en la FSA de atención médica incluso si no está inscrito en nuestro plan médico, y puede usar los fondos para pagar los gastos de sus familiares elegibles, incluso si no están inscritos en los planes médicos de SCHS.**

Para ayudarlo a ahorrar dinero en gastos de desembolso personal para la salud y el cuidado de dependientes, SCHS le ofrece la participación en nuestras Cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) para el cuidado de la salud y el cuidado de dependientes. Estas cuentas le permiten deducir fondos de su cheque de pago antes de impuestos para ayudarlo a pagar los gastos de atención de dependientes y de salud que califican. La participación es opcional y puede inscribirse en la fecha de elegibilidad de sus beneficios, anualmente durante la inscripción abierta o si tiene un cambio de estado calificado.

Nuestras FSA son administradas por Fidelity, quien hará un seguimiento de sus elecciones y administrará los reembolsos cuando tenga gastos que desee reclamar contra su FSA. Nuestro plan se ejecuta de enero a diciembre, por lo que sus fondos deben usarse para pagar los gastos elegibles con fechas de servicio entre el 1 de enero y el 31 de diciembre. Tendrá 105 días al final del año para enviar sus gastos para el reembolso.

Al elegir una FSA, tenga en cuenta que los fondos se pueden usar o perder, lo que significa que debe utilizar los fondos de su cuenta antes de fin de año. Las excepciones son las FSA de atención médica y de propósito limitado, donde puede transferir hasta \$660 al siguiente año del plan. Todos los demás fondos se perderán. Recuerde, no se le permite utilizar fondos de atención médica para pagar gastos de guardería, ni fondos de guardería para pagar gastos de salud.

## Pruebas de no discriminación

St. Charles realiza pruebas de no discriminación en este y otros beneficios para garantizar que todos los cuidadores reciban un trato justo de conformidad con los requisitos federales, asegurándose de que no haya discriminación entre empleados altamente remunerados (HCE, por sus siglas en inglés)/empleados clave y otros empleados. Para cumplir con los requisitos del IRS, los resultados de las pruebas deben demostrar equidad en los planes de beneficios entre todos los niveles de empleados. Según los resultados de las pruebas, sus elecciones pueden cambiar. Se le notificará si esto ocurre.

## FSA de atención médica: Select y Prime PPO

Si elige participar en nuestra FSA de atención médica, se le pueden descontar hasta \$3,300 de su cheque de pago antes de impuestos para pagar gastos de bolsillo médicos, dentales y de atención de la vista calificados. El monto de tu elección será descontado de tu nómina en 26 cuotas iguales, pero el monto total está disponible para que puedas acceder desde el primer día de cobertura. Esto significa que puede utilizar toda su elección para pagar gastos calificados en cualquier momento durante el año del plan, incluso si no ha pagado el monto total.

Solo puede utilizar sus fondos para gastos calificados que estén permitidos por el IRS. Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, visite el sitio web del IRS y consulte su "Publicación 502" en: [irs.gov/forms-pubs/about-publication-502](https://irs.gov/forms-pubs/about-publication-502) o llame a Fidelity al **833-299-5089**.

Aquí hay un breve resumen de algunas de las cosas que puede usar para pagar los fondos de su FSA:

- Deducible del plan médico o dental
- Copagos por gastos médicos o de farmacia
- Coseguro por gastos médicos, de farmacia o dentales
- Gastos dentales que excedan el máximo de su plan anual
- Gastos de ortodoncia no pagados por su plan dental
- Gastos de anteojos o lentes de contacto no pagados por su plan de la vista
- Cirugía ocular con láser
- Quiropráctica o terapia de masaje médicamente necesaria no cubierta por su plan
- Medicamentos de venta libre (como alergias, reflujo ácido o analgésicos)
- Lentes de contacto y solución para lentes de contacto
- Tiritas y otros suministros de primeros auxilios
- Gafas de lectura
- Pruebas de embarazo
- Productos menstruales
- Termómetro
- Vitaminas y suplementos con receta de su médico

## FSA de propósito limitado para el cuidado de la salud (LPFSA): solo para afiliados de CDHP

Si está en el plan médico CDHP y elige participar en nuestra LPFSA, se le pueden descontar hasta \$3,200 de nuestro cheque de pago antes de impuestos para pagar **gastos de desembolso calificados de atención dental y de la vista únicamente**. El monto de tu elección será descontado de tu nómina en 26 cuotas iguales, pero el monto total está disponible para que puedas acceder desde el primer día de cobertura. Esto significa que puede utilizar toda su elección para pagar gastos calificados en cualquier momento durante el año del plan, incluso si no ha pagado el monto total.

## FSA de Cuidado de Dependientes

Si elige participar en nuestra FSA para el cuidado de dependientes, puede deducir de su cheque de pago antes de impuestos hasta \$5,000 por hogar (\$2,500 si está casado y presenta su declaración por separado) para pagar los gastos de guardería calificados. El monto de tu elección será descontado de tu sueldo en 26 cuotas iguales, y sólo podrás reclamar lo deducido.

Puede utilizar la FSA para el cuidado de dependientes para pagar los gastos de guardería que le permitan a usted y a su cónyuge trabajar, asistir a la escuela a tiempo completo o buscar trabajo. Si no se cumple con este criterio, se gravarán sus fondos DCFSA. Puede usar los fondos para pagar los costos del cuidado de los dependientes de sus hijos menores de 13 años que reclama como dependientes en sus impuestos, y algunos costos del cuidado de adultos o ancianos para un dependiente fiscal.

Los gastos elegibles incluyen:

- Guardería
- Preescolar
- Atención antes y después de la escuela
- Campamentos de día
- Instalaciones de guardería para adultos
- Salarios pagados a una niñera dentro o fuera de su hogar

Nota: Si termina su empleo con SCHS, sus contribuciones a la FSA se detendrán automáticamente. Puede continuar presentando reclamos de reembolso hasta el monto del año hasta la fecha que tiene en su cuenta, siempre que los gastos se incurran en el año del plan actual y antes de la fecha de terminación. Para la FSA de atención médica, tanto para propósitos regulares como limitados, es posible que pueda continuar con sus contribuciones después de impuestos a través de la continuación de COBRA o deduciendo el monto anual restante antes de impuestos de su cheque de pago final.



## CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA): SOLO PLAN SELECT PPO

Si está inscrito en el Plan Select PPO, quedará inscrito automáticamente en el plan de beneficios SCHS HRA. Una HRA es una cuenta donde solo SCHS puede agregar fondos. SCHS financiará su HRA al comienzo de cada año y usted solo puede usar estos fondos para pagar el deducible, copagos o coseguro de su plan médico y de farmacia. **No puede utilizar la HRA para gastos dentales, oftalmológicos o para gastos no cubiertos por el plan médico.**

La contribución a su HRA depende de a quién elija cubrir en nuestro plan Select PPO.

SI CUBRE:	PONDREMOS \$ EN SU HRA:
Solo cuidador	\$1,800
Cuidador y niño(s)	\$2,900
Cuidador y cónyuge o familia	\$2,400

Se le permite reinvertir los fondos HRA no utilizados de un año a otro hasta un máximo de \$6,500 individuales o \$13,000 familiares. Las contribuciones para aquellos contratados a mitad de año serán prorrateadas.

Su HRA solo está activa mientras continúe con la cobertura del plan Select PPO. Si se cambia a un plan diferente dentro de SCHS, o si deja SCHS, perderá el saldo de su cuenta HRA.

### ¿Cómo funcionan juntos los planes FSA y HRA?

Si un cuidador tiene una cuenta HRA y una cuenta FSA de salud, los montos disponibles en la cuenta HRA deben agotarse antes de que se pueda realizar un reembolso desde la cuenta FSA de salud por los gastos reembolsables en ambos tipos de cuentas. Sin embargo, la cuenta FSA puede reembolsar un gasto que no sea reembolsable por la cuenta HRA antes de que se agote la cuenta HRA.

## ACEDIENDO A SUS FONDOS

### Netbenefits Accesscard: Tarjeta de débito Visa – Salud FSA, LPFSA, HRA o HSA

Si se inscribe en una cuenta FSA de salud o de propósito limitado, o tiene una cuenta HRA porque está inscrito en el plan Select PPO, o tiene una cuenta HSA si está inscrito en el plan CDHP, se le proporcionará una tarjeta de débito VISA que se cargará con fondos para cada uno de estos tipos de cuenta o le brindará acceso a ellos. Le facilitamos el uso de los fondos de su cuenta, ya que todas sus cuentas se cargarán en una sola tarjeta. Fidelity llevará un registro de sus cuentas y los saldos. Puede usarla en el consultorio de su proveedor para pagar las facturas del proveedor o en el momento de la atención para copagos médicos o de farmacia u otros gastos de bolsillo calificados.

Debido a que el uso de este plan está regido por el IRS, tenemos que tener pruebas de que el IRS permite el uso de su tarjeta de débito. Entonces, esto requerirá que envíe pruebas a Fidelity cuando lo soliciten; lo llamamos "comprobación". Para FSA y HRA, la tecnología de verificación automática se usa para intentar verificar electrónicamente que la transacción cumple con las reglas del IRS. Si la transacción no se puede corroborar automáticamente, se requerirá un seguimiento en papel. En estos casos, recibirá una notificación de Fidelity Reimbursement Account Services si necesita enviar un recibo. Guarde sus recibos, explicación de beneficios o documentación de su proveedor médico, dental o de la vista, u ortodoncista para tenerlos a mano. Deben incluir:

- El nombre del paciente;
- El nombre del proveedor;
- Una descripción del servicio o artículos comprados;
- La fecha en que se prestaron los servicios o se compraron los artículos; y
- El cargo y/o gasto de bolsillo que no fue pagado por el Plan u otro seguro.

Tenga en cuenta: si no envía un recibo solicitado de manera oportuna, su tarjeta NetBenefits Access se desactivará hasta que se pueda verificar su uso anterior.

No tiene que usar su tarjeta de débito; puede pagar los servicios y luego solicitar el reembolso. Lo que presente deberá tener los mismos detalles que para corroborar el uso de una tarjeta de débito, mencionados anteriormente.

## CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES FSA O HRA

Para acceder a sus fondos de salud, atención de dependientes o HRA, o para enviar documentación para corroborar el uso de su FSA de salud y tarjetas de débito HRA, tiene cuatro formas de presentar el reembolso o la justificación:

1. Use la aplicación para fotografiar y presentar reclamos
2. Descargue un formulario de reclamo y envíelo en papel a través de USPS
3. Descargue un formulario de reclamo, escanee su documentación y envíela por correo electrónico
4. Presente un reclamo a través del portal seguro cargando recibos desde allí

Para facilitar este proceso, hemos dispuesto que Fidelity tenga acceso a sus pagos de planes médicos, de farmacia, dentales y de la vista para que puedan comparar sus envíos o los pases de tarjeta de débito con los gastos de bolsillo después del pago del plan. Esto le ahorra tener que proporcionar una explicación de los estados de cuenta de beneficios o los recibos del plan de la vista cuando presenta sus reclamos ante Fidelity, ya que intentarán verificar electrónicamente sus gastos. Si Fidelity no puede verificar electrónicamente sus gastos, le solicitarán que proporcione recibos o copias de su explicación de beneficios.

Puede reembolsarse mediante depósito directo a una cuenta bancaria personal, mediante cheque o puede pagarle directamente a su proveedor eligiendo “Pagar a otra persona”, todo ello a través del portal en línea de Fidelity en [NetBenefits.com](https://www.netbenefits.com).

### ACCESO 24/7

Utilice la aplicación móvil y el portal en línea seguro para acceder a la información las 24 horas del día, los 7 días de la semana y para administrar su FSA, HRA y HSA. Así es como accede a la aplicación y al portal:

- Visite el App store o Google Play y descargue la aplicación NetBenefits, o
- Ir a [NetBenefits.com](https://www.netbenefits.com) para acceder al portal desde su teléfono, computadora de escritorio o tableta.

## CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA): SOLO PARA AFILIADOS DE CDHP

Si se inscribe en el CDHP, en la mayoría de los casos puede tener una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Una HSA es una cuenta de ahorros para gastos calificados de atención de la salud que se beneficia con el triple de impuestos. Debe estar participando en un plan de salud calificado con deducible alto (como nuestro CDHP) para que los fondos se depositen en una HSA. Esos fondos entran libres de impuestos, se construyen libres de impuestos y no tiene que pagar impuestos sobre los fondos cuando los usa\*. No es necesario que participe en un HDHP calificado para retirar fondos de una HSA, solo para depositar fondos en ella.

Como cuenta de ahorros, usted es dueño de la cuenta: una vez que se depositan los fondos, ¡son suyos! Si deja SCHS, puede conservarlos. Fidelity administra nuestra HSA, que le brinda la posibilidad de invertir los fondos de su HSA en la familia de cuentas de inversión de Fidelity. De modo que, a medida que aumenta su HSA, puede ganar dinero libre de impuestos invirtiendo los fondos en su cuenta.

\*Los fondos de la HSA no suelen estar sujetos a impuestos cuando se utilizan para gastos de salud permitidos por el IRS. Para obtener una lista completa de los gastos calificados, consulte la Publicación 502 del IRS. Para conocer las reglas completas del IRS para las HSA, visite [irs.gov/publications/p969](https://irs.gov/publications/p969) o llame a Fidelity al 800-544-3716.

### ¿Quién no puede tener una HSA?

Existen reglas estrictas del IRS sobre quién puede agregar fondos a una HSA. No se **le permite** depositar fondos en una HSA si:

- Está cubierto por cualquier otro plan de salud que no sea un plan de salud con deducible alto calificado para HSA
- Actualmente está inscrito en Medicare o Tri-care
- Lo reclaman como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- Usted tiene acceso a dólares FSA de salud como miembro de la familia elegible bajo el plan FSA de salud de su cónyuge o padre (propósito no limitado).

Si uno de estos se aplica a usted, no es elegible para la financiación de la HSA, pero aún puede optar por inscribirse en el CDHP.

## Contribuciones HSA

La contribución a su HSA depende de a quién elija incluir en nuestro plan CDHP y de su FTE. Aquí se muestra el cronograma de contribuciones y el máximo que el IRS permitirá para 2025, incluidos los fondos de SCHS:

	CONTRIBUCIÓN DE SCHS POR PERÍODO DE PAGO	CONTRIBUCIÓN ANUAL TOTAL DE SCHS (12 MESES)	MÁXIMO PERMITIDO POR EL IRS (SCHS Y CUIDADOR COMBINADOS)
<b>Para aquellos que trabajan de 60 a 80 horas por período de pago</b>			
Solo cuidador	\$30.77	\$800	\$4,300
Cuidador y niño(s)	\$80.77	\$2,100	\$8,550
Cuidador y cónyuge o familia	\$61.54	\$1,600	\$8,550
<b>Para aquellos que trabajan de 40 a 59 horas por período de pago</b>			
Solo cuidador	\$15.38	\$400	\$4,300
Cuidador y niño(s)	\$40.38	\$1,050	\$8,550
Cuidador y cónyuge o familia	\$30.77	\$800	\$8,550

Las contribuciones se depositan en su HSA 26 veces al año. También puede contribuir dólares antes de impuestos a través de la deducción de nómina, hasta los máximos del año calendario del IRS enumerados. Si tiene más de 55 años, puede ahorrar \$1,000 adicionales por año calendario en contribuciones para ponerse al día. Estos máximos incluyen la contribución de SCHS.

### ¡TIENE QUE ABRIR UNA HSA PARA QUE SE DEPOSITEN LOS FONDOS!

Para que se agreguen fondos a su HSA, una vez que se inscriba en el CDHP, debe ingresar a Fidelity NetBenefits ([netbenefits.com](https://netbenefits.com)) para abrir su HSA. Se requiere el registro y la aceptación de los términos y condiciones antes de poder recibir o realizar aportes a la HSA.

## Engage for Health: fondos adicionales en su HSA

St. Charles ofrece a usted y a su cónyuge la oportunidad de participar en nuestro programa de bienestar Engage for Health, que les permite ganar hasta \$500 cada uno, que pueden aportar a su cuenta HSA. Las recompensas del plan de bienestar obtenidas este año se pagan y se depositan en su cuenta HSA en enero del próximo año del plan.

Debe permanecer en el plan CDHP el año calendario siguiente para recibir la recompensa del plan de bienestar en su cuenta HSA. Los cuidadores que cambien de plan de salud del CDHP al plan Select o Prime PPO el año siguiente recibirán su recompensa de bienestar durante el segundo período de pago en enero.

## Cómo sacar fondos de su HSA

Puede pagar gastos médicos calificados y reembolsarse en cualquier momento utilizando el dinero de su HSA. Siempre que haya abierto su HSA antes de que se incurriera en el gasto, su reembolso estará libre de impuestos. No tiene que enviar recibos ni una explicación de los beneficios para recibir el reembolso, pero deberá conservar la prueba en el archivo en caso de que el IRS lo audite y necesite una prueba de que los fondos que salen de su HSA son para gastos calificados. A continuación, se indican cinco formas de obtener fondos de su HSA:

- Utilice su NetBenefits AccessCard (tarjeta de débito VISA)
- Use Fidelity Track and Pay
- Usar Apple Pay
- Usar Fidelity BillPay
- Reembolse usted mismo transfiriendo fondos en línea desde su HSA a su cuenta bancaria personal mediante transferencia electrónica de fondos, envíese un cheque por correo a través de la función de transferencia de dinero o hágase un cheque desde su Chequera Fidelity HSA. Deberá solicitar cheques para poder utilizar la función de emisión de cheques.





# Programa de asistencia para cuidadores

## CANOPY WELLBEING

Nuestro Programa de asistencia para cuidadores (CAP) es un programa gratuito y confidencial que le ayuda a usted y a sus familiares a abordar los problemas que le distraen del trabajo y de la vida. Nuestro CAP consta de dos partes: Bienestar y Conciliación entre vida personal y laboral.

## SERVICIOS DE BIENESTAR

Estos beneficios están aquí para ayudarlo a usted y a los miembros de su familia cuando esté experimentando estrés en la vida y necesite hablar con alguien que lo ayude a superarlo. Esto incluye problemas de comportamiento, salud mental o uso de sustancias, o ayuda para establecer objetivos de vida o avanzar en su carrera. Los consejeros autorizados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

## Sesiones de asesoramiento

Usted y los miembros de su hogar pueden tener cada uno hasta 12 sesiones de asesoramiento **por persona, por tema**, cara a cara, por teléfono o virtualmente, para inquietudes como:

- Conflictos de relación
- Conflictos en el trabajo
- Depresión
- Manejo del estrés
- Ansiedad
- Relaciones familiares
- Abuso de alcohol o sustancias
- Lamentando una pérdida

## Coaching de vida

Canopy brindará hasta 12 sesiones telefónicas o de video por año con un entrenador para ayudarlo a usted o a su familiar a establecer objetivos, hábitos saludables y desarrollo personal.

## PROGRAMAS DE EQUILIBRIO ENTRE VIDA PERSONAL Y LABORAL

Canopy está aquí para hacer el trabajo preliminar cuando necesite encontrar servicios o para brindar servicios cuando los necesite. Aquí tienes una muestra de lo que pueden hacer por ti:

## Consultas Legales/Mediación

Comuníquese con Canopy para su consulta gratuita de 30 minutos con un abogado y reciba un descuento del 25% sobre la tarifa por hora normal del abogado en cualquier servicio adicional que pueda necesitar. También tiene acceso a un centro de recursos legales donde puede crear e imprimir formularios y documentos legales.

*PARA ACCEDER A CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR CANOPY, SIMPLEMENTE:*

- Llame al: 800-433-2320
- Texto: 503-850-7721
- Correo electrónico: [info@canopywell.com](mailto:info@canopywell.com)
- Regístrese y utilice el sitio web: visite [my.canopywell.com](http://my.canopywell.com) para crear un inicio de sesión de miembro. Ingrese St. Charles como "nombre de la empresa" cuando se registre.
- Descargue y use la aplicación: busque "Canopy" en App Store o Google Play, o haga clic en el código QR.



Un consejero autorizado responderá a su llamada, mensaje de texto o correo electrónico y le ayudará a navegar por todos los recursos que tiene disponibles a través de Canopy.

## Asesoramiento financiero

Cada miembro cubierto tiene acceso a asesoramiento financiero ilimitado para ayudarle a desarrollar mejores hábitos de gasto, reducir la deuda, mejorar el crédito, aumentar los ahorros y planificar la jubilación. Trabjará con profesionales experimentados que lo ayudarán con un análisis de necesidades y crearán un plan de acción por escrito.

## El robo de identidad

Este servicio le brinda 60 minutos de consulta gratuita con un especialista en resolución de fraudes que llevará a cabo actividades de respuesta de emergencia y lo ayudará a restaurar su identidad, su buen crédito y disputar deudas fraudulentas.

## Propiedad de Vivienda y Apoyo a la Vivienda

Tiene una variedad de servicios disponibles para ayudarle con la vivienda:

- Recursos para comprar, vender y refinanciar una casa
- Recursos para el pago inicial
- Notificaciones de alerta de propiedades de alquiler
- Revisión de puntaje de crédito
- Ayuda para encontrar vivienda mediante la recuperación de recursos para alquileres a corto y largo plazo.

## Servicios de conserjería

Canopy proporciona servicios de recuperación de información y recursos para hacerle la vida más fácil. Encuentran la información necesaria en un plazo de dos días hábiles y le ahorran tiempo ya que el trabajo preliminar se realiza por usted. Ningún problema es demasiado pequeño, desde ayudarle a encontrar el regalo perfecto de aniversario o cumpleaños hasta encontrar una tintorería o un cuidador de mascotas.

## Servicios de educación y cuidado infantil

Canopy lo ayudará a encontrar proveedores de cuidado infantil calificados y puede ayudarle con inquietudes educativas, de comportamiento y de desarrollo. También pueden brindar orientación y apoyo con información sobre adopciones de recién nacidos y niños mayores.

## Servicios de cuidado de personas mayores

Canopy brinda ayuda para encontrar soluciones a las necesidades de los adultos mayores y de los familiares que los cuidan, en áreas como vivienda, atención domiciliaria, vida alternativa, salud en el hogar, servicios comunitarios, inquietudes legales y cuestiones médicas.

## Crianza de mascotas

Hay ocasiones en las que necesitamos ayuda con nuestros amigos peludos/emplumados para:

- Seguro para mascotas – Descuentos
- Ayuda para encontrar alojamiento, guardería, cuidado de mascotas y servicios de paseo.
- Nuevos recursos para padres de mascotas
- Apoyo en duelo
- Preparación para emergencias para mascotas

## Herramientas de bienestar

- Apoyo y descuentos para la salud de la fertilidad
- Herramientas legales en línea
- Cuestionario del kit Testamento
- Descuentos en bienestar y gimnasio.

# Engage For Health

St. Charles está comprometido a mejorar la salud y el bienestar de las comunidades a las que servimos, comenzando con nuestros propios cuidadores y sus familias. Engage for Health es un programa integral de salud y bienestar disponible para todos los cuidadores, familiares y amigos de St. Charles, que brinda una variedad de recursos y beneficios para ayudarlo a mantener o mejorar su salud y bienestar. Engage for Health es completamente voluntario y elegir no participar no tiene ningún impacto en su situación laboral ni en sus opciones de inscripción en el plan de salud.



## Beneficios y elegibilidad

Los siguientes son algunos de los beneficios disponibles a través de Engage for Health:

RECURSO	CUIDADORES INSCRITOS EN UN PLAN MÉDICO DE SCHS	CÓNYUGES INSCRITOS EN UN PLAN MÉDICO DE SCHS	CUIDADORES NO INSCRITOS EN UN PLAN MÉDICO DE SCHS	NIÑOS Y FAMILIAS NO INSCRITOS EN UN PLAN MÉDICO DE SCHS
Acceso a todas las ofertas del programa Engage for Health a través de un portal seguro en <a href="http://www.engageformyhealth.org">www.engageformyhealth.org</a> y la aplicación gratuita "Personify Health"	X	X	X	X
Herramientas de seguimiento para el sueño, la nutrición, la actividad física, la biometría, el estado de ánimo y más	X	X	X	X
Consejos diarios de salud	X	X	X	X
Guías personalizadas de nutrición y sueño	X	X	X	X
Cursos digitales autoguiados (conocidos como Journeys) para recibir apoyo diario en varios objetivos relacionados con el bienestar	X	X	X	X
Desafíos mensuales de hábitos saludables	X	X	X	
Aplicación de salud Headspace	X	X	X	X
Capacidad para crear y unirse a grupos sociales para conectarse en línea con otras personas que tienen intereses de bienestar similares	X	X	X	X
Descuentos personalizados de PerkSpot	X	X	X	
Servicios de entrenamiento de bienestar	X	X	X	
Capacidad de ganar una recompensa monetaria anual de hasta \$500 por cuidador y hasta \$500 por cónyuge cubierto en el plan	X	X		
Gimnasios en el lugar	X		X	

Para obtener más información e inscribirse en el programa de bienestar, cree una cuenta en el portal Engage for Health en [Engageformyhealth.org](http://Engageformyhealth.org). Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Engage for Health en **541-706-5950** o [engagementforhealth@stcharleshealthcare.org](mailto:engagementforhealth@stcharleshealthcare.org).





# Beneficios complementarios

## SEGURO DE VIDA A TÉRMINO BÁSICO Y AD&D – UNUM

St. Charles ofrece un seguro básico de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para beneficiar a los cuidadores elegibles sin costo alguno para usted. La cobertura comienza el primer día del mes que coincide con el empleo elegible para recibir beneficios o el siguiente, y usted queda inscrito automáticamente cuando cumple con los requisitos para recibirlos.

### Beneficio de vida y AD&D

En caso de su muerte, el plan le pagará a su beneficiario:

- Una vez su salario base anual hasta un mínimo de \$35,000 y un máximo de \$200,000\*
- Si su muerte se debe a un accidente cubierto, su beneficiario recibirá un beneficio adicional igual a su beneficio de vida.
  - Si el accidente tiene como resultado el desmembramiento, como la pérdida de extremidades, la vista, el habla o la audición, el plan también pagará un beneficio.

\*Para aquellos cuya cobertura de vida es de \$50,000 o más, el IRS requiere que pague impuestos sobre las primas pagadas por SCHS. Esto se conoce como "ingreso imputado" y se agregará a su cheque de pago.

### Disminución de beneficios a partir de los 70 años – Beneficios de vida y AD&D

Su beneficio se reducirá al 65% a los 70 años, al 45% a los 75 años, al 30% a los 80 y al 20% a los 85 años.

Ejemplo: Una vez su salario base anual es \$100,000

A los 70 años, el beneficio se reduciría a \$65,000

A los 75 años, el beneficio se reduciría a \$45,000

### Beneficio por muerte acelerada

Si tiene una enfermedad terminal, con una expectativa de vida de 12 meses o menos mientras está cubierto por el plan, puede recibir hasta el 75% de su beneficio de seguro de vida antes de su muerte. Esto proporciona algunos fondos adicionales para facturas médicas, gastos del hogar o una reunión de seres queridos. Este beneficio es pagadero al cuidador y reducirá el monto final del beneficio por muerte cuando fallezca el cuidador.

### Beneficiario de Vida y AD&D

Puede hacer que sus beneficios de vida y AD&D se paguen a cualquier persona y le animamos a que designe a su beneficiario cuando esté cubierto por primera vez para los beneficios de vida. También le recomendamos que revise la información de su beneficiario al menos una vez al año y recuerde hacer cambios cuando tenga eventos de vida o cambios en su relación. Si no designa un beneficiario, su beneficio se pagará en este orden:

- Su cónyuge sobreviviente; si ninguno entonces
- Sus hijos sobrevivientes en partes iguales; si ninguno entonces
- Sus padres sobrevivientes; si ninguno entonces
- Sus hermanos sobreviviente en partes iguales; si ninguno entonces
- Tu patrimonio.

### PORTABILIDAD O CONVERSIÓN

#### Lleva contigo tu plan de Vida y Vida Voluntaria cuando te vayas.

Cuando se vaya de St. Charles, es posible que pueda continuar con su seguro de vida a través de la portabilidad o la conversión. Comuníquese con el equipo de beneficios de St. Charles para obtener más información. Debe completar la documentación y pagar las primas dentro de los 31 días posteriores a la fecha de terminación de su empleo para continuar con la cobertura.

## SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D

SCHS le brinda la oportunidad de comprar cobertura adicional de vida a término y AD&D a través de deducciones de nómina, a tarifas grupales asequibles y sin tener que demostrar su buena salud, hasta los montos definidos de emisión garantizada, siempre que se inscriba cuando sea elegible por primera vez. Usted es elegible para la cobertura el primer día del mes siguiente al empleo elegible para beneficios. Esta cobertura es completamente voluntaria y usted la paga al 100% con deducciones de nómina después de impuestos. Puede comprar cobertura para usted, su cónyuge y sus hijos. Tiene que comprar cobertura para usted mismo para comprar cualquiera para sus familiares elegibles.

Su salario determina la cantidad máxima que puede comprar y las primas se basan en su edad. Siempre que se inscriba dentro de los 31 días de su fecha de elegibilidad inicial, puede comprar hasta el monto garantizado sin tener que demostrar su buena salud. Si elige inscribirse para más, o después de su período de elegibilidad inicial, tendrá que probar su buena salud completando un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) y ser aprobado por UNUM. Para el AD&D, nunca tiene que demostrar buena salud, pero si desea cobertura, debe inscribirse dentro de los 31 días de su fecha de elegibilidad o esperar hasta la próxima inscripción abierta.

### EMISIÓN GARANTIZADA: FUNCIÓN DE BLOQUEO

Si compra al menos \$10,000 cuando es elegible por primera vez, puede aumentar su cobertura durante nuestra inscripción abierta anual en incrementos de \$10,000 hasta \$200,000. Para su cónyuge, el aumento es en incrementos de \$5,000 hasta \$25,000 y para sus hijos en incrementos de \$2,000 hasta \$10,000.

	CUIDADOR	CÓNYUGE	HIJOS DEPENDIENTE(S)
Cantidades de cobertura de vida voluntaria a término	Incrementos de \$10,000 al menor de 5 veces sus ganancias anuales o \$500,000	Incrementos de \$5,000 hasta el 100% del monto del cuidador o \$500,000, lo que sea menor	Nacimiento a 6 meses: \$1,000 6 meses a los 26 años incrementos de \$2,000 a \$10,000
Limitaciones	Los beneficios se reducen al 65% a los 70 años, al 45% a los 75 años, al 30% a los 80 años y al 20% a los 85 años	El cuidador debe inscribirse para que el cónyuge se inscriba Los beneficios se reducen al 65% a los 70 años, al 45% a los 75 años, al 30% a los 80 años y al 20% a los 85 años	El cuidador debe inscribirse para que los niños se inscriban. La cobertura se proporciona para hijos dependientes solteros desde el nacimiento vivo hasta los 19 años. Los hijos dependientes solteros de 19 a 26 años también son elegibles
Monto Garantizado y Evidencia de Asegurabilidad (EOI)	Los nuevos empleados pueden comprar hasta la cantidad garantizada de \$200,000 sin EOI. El aumento de la cobertura o la elección de la cobertura después de la elegibilidad inicial requiere EOI para todos los montos de cobertura, a menos que se ejerza la función de bloqueo durante la inscripción abierta.	Los nuevos empleados pueden comprar hasta la cantidad garantizada de \$25,000 sin EOI. El aumento de la cobertura o la elección de la cobertura después de la elegibilidad inicial requiere EOI para todos los montos de cobertura, a menos que se ejerza la función de bloqueo durante la inscripción abierta.	No se requiere EOI
Cantidades de cobertura voluntaria de AD&D	Incrementos de \$10,000 al menor de 5 veces sus ganancias anuales o \$500,000	Incrementos de \$5,000 hasta el 100% del monto del cuidador o \$500,000, lo que sea menor	Incrementos de \$2,000 hasta \$10,000

## LICENCIA PAGADA OREGÓN

### ¿Qué es el licencia pagado de Oregon?

La licencia paga de Oregon es un seguro que ofrece el estado de Oregon y que se financia con los impuestos del empleador y del empleado. Usted paga su parte de las primas según lo exige el estado. Los beneficios se brindan a los empleados de Oregon que hayan ganado \$1,000 en salarios trabajando para cualquier empleador de Oregon durante los 12 meses anteriores a su necesidad del beneficio. La licencia paga de Oregon se ejecutará simultáneamente con la FMLA cuando corresponda.

### ¿PARA QUÉ SE PUEDEN UTILIZAR LOS BENEFICIOS?

Licencia pagado de Oregon proporciona un permiso con goce de sueldo a los cuidadores que necesitan tiempo libre debido a:

- Su propia condición médica grave
- La condición médica grave de un familiar calificado\*
- Tiempo de vinculación por nacimiento, adopción o acogimiento de un niño durante el primer año después del nacimiento o acogimiento
- Licencia segura para víctimas de violencia doméstica, agresión sexual, acoso o acecho (suya o de su hijo menor)

\*Los miembros de la familia incluyen cónyuge/pareja de hecho, hijos, padres, hermanos, nietos, abuelos, incluidos parientes políticos y padrastros, y relaciones de afinidad (equivalentes a una relación familiar).

### ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL LICENCIA PAGADO DE OREGÓN?

- Puede tomar hasta 12 semanas libres del trabajo en un período de 12 meses. En algunas situaciones relacionadas con el embarazo, es posible que pueda tomar hasta dos semanas más para un total de 14 semanas.
- Puede tomar licencia por un solo día o en incrementos que se ajusten a sus necesidades.
- Mientras está de licencia, la licencia pagada de Oregon le paga un porcentaje de su salario. La cantidad depende de cuánto ganes.
- Su trabajo está protegido si ha estado con St. Charles por más de 90 días

### ¿CÓMO FUNCIONA PAID LEAVE OREGON CON NUESTROS PLANES EXISTENTES DE STD Y TIEMPO LIBRE REMUNERADO?

St. Charles seguirá ofreciendo STD a los cuidadores elegibles. Cuando reciba STD, seguirá recibiendo su beneficio máximo de STD, menos cualquier beneficio que sea elegible para recibir a través de Paid Leave Oregon. Tenga en cuenta que nuestro beneficio de STD es un porcentaje del salario base y Paid Leave Oregon se basa en la compensación total. Si su beneficio de Paid Leave Oregon es más alto que su beneficio de STD, no se pagará ningún beneficio de STD. Puede optar por utilizar el tiempo libre ganado (ETO, PSL, CTO o EIB) para complementar su beneficio de Paid Leave Oregon hasta el 100% de su salario base.

## SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

St. Charles ofrece un seguro por discapacidad a corto plazo para los cuidadores que reúnen los requisitos para recibir beneficios sin costo alguno para usted, y usted queda inscrito automáticamente el primer día del mes que coincida con la fecha de contratación o del mes siguiente a la fecha en que lo transfieran a un puesto que reúne los requisitos para recibir beneficios. La discapacidad a corto plazo reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Nuestro plan es administrado por UNUM.

Debe estar discapacitado y bajo el cuidado de un médico para ser elegible para los beneficios de STD. Los beneficios comienzan después de 8 días calendario de incapacidad y el plan pagará hasta 26 semanas. Los beneficios se basan en sus años de servicio.

PLAZO DE PAGO	AÑOS DE SERVICIO	BENEFICIO DE STD*
Semanas 1 a 13	Primer día elegible hasta 3 años de servicio	66 2/3%
	4 a 9 años de servicio	75%
	10+ años de servicio	95%
Semanas 14 a 26	Todos los años de servicio	60%

\*Los beneficios de STD son un porcentaje de los ingresos. Las ganancias no incluyen bonos, pago de horas extras ni ninguna otra compensación adicional.



## SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

St. Charles ofrece un seguro por discapacidad a largo plazo para los cuidadores que reúnen los requisitos para recibir beneficios sin costo alguno para usted, y usted queda inscrito automáticamente el primer día del mes que coincida con el empleo que reúne los requisitos para recibir beneficios o el siguiente. La discapacidad a largo plazo le brinda ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. Nuestro plan LTD está asegurado por UNUM.

Los beneficios comienzan una vez que haya estado discapacitado durante 180 días y cumpla con la definición de discapacidad. Una vez que se le hayan aprobado los beneficios, recibirá el 60% de su salario base\*, hasta un máximo mensual de \$10,000. Los beneficios pueden continuar hasta los 65 años o hasta la edad de jubilación normal del Seguro Social.

\*Las ganancias no incluyen bonos, pago de horas extras ni ninguna otra compensación adicional. Su beneficio se verá reducido por otras fuentes de ingresos.

## PLANES DE INDEMNIZACIÓN VOLUNTARIOS

En nuestro paquete de beneficios se incluyen tres planes que le pagarán un beneficio en efectivo si contrae alguna de las condiciones cubiertas o es hospitalizado. Estos planes, asegurados por UNUM, brindan efectivo que puede usar para pagar facturas, copagos médicos, pagos de automóvil, alquiler o hipoteca, etc. Considere cuidadosamente sus necesidades si estuvo gravemente enfermo, lesionado u hospitalizado y no recibió su salario completo. o tuvo algunas facturas médicas de alto costo. Estos planes están diseñados para brindarle una fuente adicional de ingresos para ayudarlo en estas situaciones. Usted es elegible para estos planes el primer día del mes siguiente al empleo elegible para beneficios.

### Seguro de accidentes

Este plan pagará un beneficio por el tratamiento que necesite como resultado de un accidente. El beneficio es una cantidad fija basada en el tipo de lesión que tiene y el tipo de tratamiento que necesita. Cubre accidentes que ocurren fuera del trabajo e incluye una variedad de incidentes, desde lesiones comunes hasta eventos más graves. Recibirá un beneficio en efectivo de suma global incluso si recibe beneficios de otro seguro. Use el beneficio como lo necesite, ya sea para gastos médicos de su bolsillo o unas vacaciones para celebrar su recuperación, usted decide.

Puede comprar cobertura para usted, su cónyuge y/o sus hijos. Debe inscribirse para cubrir a su cónyuge y/o hijos. Los pagos de beneficios varían según el accidente cubierto y el tipo de tratamiento. Consulte la póliza y su certificado para obtener todos los detalles sobre el plan y el costo. No se pagará ningún beneficio por una fecha de diagnóstico anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

#### EJEMPLOS DE LESIONES CUBIERTAS Y TIPOS DE TRATAMIENTO QUE RESULTARÁN EN UN PAGO:

- Muerte accidental cerebral
- Ambulancia (aérea y terrestre)
- Quemaduras
- Coma
- Concusión
- Dislocación
- Fractura
- Tratamiento en la Sala de Emergencias

### Seguro de enfermedades críticas

Este plan pagará un beneficio si se le diagnostica una enfermedad cubierta. Recibirá un beneficio en efectivo de suma global incluso si recibe beneficios de otro seguro. Use el beneficio como lo necesite: los fondos son suyos para gastarlos como mejor le parezca.

Puede elegir los montos de cobertura y también puede comprar cobertura para su cónyuge y/o hijos. Debe inscribirse para cubrir a su cónyuge y/o hijos. Los pagos de beneficios dependerán de la condición cubierta.

### ¿Quién puede obtener cobertura?

<b>Tú:</b>	Elija \$10,000, \$20,000 o \$30,000 de cobertura sin preguntas médicas si presenta la solicitud cuando es elegible por primera vez
<b>Su cónyuge:</b>	Los cónyuges pueden obtener el 50% del monto de su cobertura
<b>Tus niños:</b>	Los niños desde que nacen vivos hasta los 26 años están automáticamente cubiertos <b>sin costo adicional</b> . Su cobertura es del 50% de su cobertura elegida. Están cubiertos por las mismas enfermedades que los adultos, además de estas enfermedades infantiles específicas: parálisis cerebral, labio hendido o paladar hendido, fibrosis quística, síndrome de down y espina bífida. El diagnóstico debe ocurrir después de la fecha de vigencia de la cobertura del niño.

Estos son algunos ejemplos de las condiciones cubiertas y la cobertura, que es un porcentaje del beneficio que elija:

#### **Enfermedad crítica:**

- Ataque al corazón (100%)
- Accidente cerebrovascular (100%)
- Insuficiencia orgánica mayor que requiere trasplante (100%)
- Insuficiencia renal (riñón) en etapa terminal (100%)
- Enfermedad de la arteria coronaria:
  - Mayor (50%): injerto de derivación de arteria coronaria o reemplazo de válvula
  - Menor (10%): angioplastia con balón o colocación de stent

#### **Condiciones de cáncer:**

- Cáncer invasivo (incluido todo el cáncer de mama) (100%)
- Cáncer no invasivo (25%)

- Cáncer de piel - \$500

#### **Enfermedades progresivas:**

- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) (100%)
- Demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer (100%)
- Esclerosis Múltiple (EM) (100%)
- Enfermedad de Parkinson (100%)
- Pérdida funcional (100%)

#### **Condiciones Suplementarias:**

- Pérdida de la vista, el oído o el habla (100%)
- Tumor cerebral benigno (100%)
- Coma (100%)
- Parálisis Permanente (100%)
- VIH ocupacional, hepatitis B, C o D (100%)
- Enfermedad infecciosa (25%)

Consulte la póliza y su certificado para obtener todos los detalles sobre el plan y el costo. No se pagará ningún beneficio por una fecha de diagnóstico anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, o como resultado de una condición preexistente si ocurre una pérdida cubierta durante los primeros 12 meses después de su fecha de entrada en vigencia. Una condición preexistente es aquella en la que, dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, tiene una lesión o enfermedad, ya sea que haya sido diagnosticada o no, para la cual:

- Tratamiento médico, consulta, atención o servicio, o medida de diagnóstico se recibió o se recomendó recibir durante ese período;
- Drogas o medicamentos fueron tomados o recetados para tomar durante ese período; o
- Los síntomas existían

La disposición preexistente no se aplica a los hijos adquiridos después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

## **Seguro de Indemnización Hospitalaria**

El seguro hospitalario lo ayuda a usted y a su familia a sobrellevar los impactos financieros de una hospitalización. Recibe beneficios cuando es admitido en el hospital por una enfermedad, accidente o parto cubiertos. El dinero se le paga directamente a usted y puede ayudarlo a pagar los gastos de su bolsillo que su plan médico no cubre, como deducibles, copagos o coseguro.

Puede comprar cobertura para su cónyuge y/o hijos hasta que cumplan 26 años. Debe inscribirse para cubrir a su cónyuge y/o hijos. Los pagos de beneficios dependerán de la atención hospitalaria recibida. ¿Qué está incluido?

\$1,500 por cada hospitalización cubierta, una vez al año

\$100 por cada día de su estadía cubierta en el hospital, hasta 15 días, por asegurado, por año calendario

\$200 por cada día que pase en cuidados intensivos, hasta 15 días, por asegurado, por año calendario

Consulte la póliza y su certificado para obtener todos los detalles sobre el plan y el costo. No se pagará ningún beneficio por una fecha de diagnóstico anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, o como resultado de una condición preexistente si ocurre una pérdida cubierta durante los primeros 12 meses después de su fecha de entrada en vigencia. Una condición preexistente es aquella en la que, dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, tiene una lesión o enfermedad, ya sea que haya sido diagnosticada o no, para la cual:

- Tratamiento médico, consulta, atención o servicio, o medida de diagnóstico se recibió o se recomendó recibir durante ese período;
- Drogas o medicamentos fueron tomados o recetados para tomar durante ese período; o
- Los síntomas existían.

La disposición preexistente no se aplica a los hijos adquiridos después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.

## AVISO IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que usted recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Podría haber un límite en lo que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye a un seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene por qué incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud.

### ¿Buscas un seguro de salud integral?

- Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Es posible que reúna los requisitos para recibir cobertura del plan de seguro médico de St. Charles Health System. Consulte la página 7 para conocer los requisitos de elegibilidad.

• Si tiene preguntas o quejas sobre esta política, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](http://naic.org)) en la sección "Departamentos de Seguros" o comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de St. Charles.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS DE UNUM (EAP)

El programa de asistencia para el equilibrio entre el trabajo y la vida personal de UNUM puede ayudarlo a encontrar soluciones para los desafíos cotidianos del trabajo y el hogar, así como para problemas más graves relacionados con su bienestar emocional y físico. Los servicios están disponibles para los cuidadores y sus familias que están cubiertos por nuestro plan UNUM LTD. Llame al **800-854-1446** para obtener acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a asesoramiento y otros servicios o visite [unum.com/lifebalance](http://unum.com/lifebalance). Pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Referencias para el cuidado de niños o ancianos
- Relaciones personales
- Información de salud y herramientas
- en línea
- Consultas legales con abogado licenciado y trabajo legal con descuento
- Planificación Financiera
- Manejo del estrés
- Desarrollo de carrera

## ASISTENCIA EN VIAJES DE EMERGENCIA EN TODO EL MUNDO

Cuando viaja a más de 100 millas de su hogar, cuenta con el apoyo del programa mundial de asistencia para viajes de emergencia de UNUM proporcionado por Assist America. Este programa está disponible para los cuidadores que están cubiertos por nuestro plan de discapacidad a largo plazo e incluye cobertura para miembros de la familia. La asistencia en viaje habla su idioma y lo ayuda a ubicar hospitales, embajadas y otros destinos de viaje "inesperados" cuando necesita ayuda cuando está de viaje. Use su número de teléfono de asistencia en viaje para ubicar atención médica, reemplazar una receta perdida, organizar el transporte de un familiar para reunirse con un paciente hospitalizado y mucho más.

**EL ACCESO A LA ASISTENCIA EN VIAJE ES MUNDIAL Y ESTÁ DISPONIBLE 24/7**

Dentro de los EE. UU.: 800-872-1414

Fuera de EE. UU.: (código de acceso de EE. UU.) +609-986-1234

Vía correo electrónico:

[medservices@assistamerica.com](mailto:medservices@assistamerica.com)

## PLANIFICACIÓN DE VIDA RECURSOS FINANCIEROS Y LEGALES – PARA ENFERMOS TERMINALES

Los servicios de planificación de vida están disponibles para los beneficiarios y los cuidadores cubiertos y sus cónyuges que tienen una enfermedad terminal. Estos servicios incluyen apoyo financiero y legal y consejería de duelo. Los servicios están disponibles para los cuidadores y sus familias que están cubiertos por nuestro plan UNUM LTD. Para obtener más información o para hablar con un consejero, llame al **800-422-5142** ( multilingüe) o visite el sitio web [enmembers.healthadvocate.com](http://enmembers.healthadvocate.com) e ingrese a UNUM-LifePlanning.





# Planes de Jubilación

## PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN – 403(B)

Nuestro plan de ahorro para la jubilación, según la sección 403(b) del código del IRS, permite a los cuidadores ahorrar para la jubilación antes de impuestos a través de la deducción de nómina. Las contribuciones y las ganancias de inversiones tienen impuestos diferidos hasta que se retiren los fondos. Para inscribirse en el plan, los cuidadores deben tener al menos 18 años. Nuestro plan 403(b) es administrado por Fidelity, quien también brinda opciones de inversión para sus fondos.

Todos los cuidadores son elegibles para participar en sus fechas de contratación. Después de 35 días de empleo, todos los nuevos cuidadores se inscriben automáticamente en el programa 403(b) con una tasa de contribución del 6% del salario. Cada abril, su contribución aumentará un 1% del salario hasta alcanzar una tasa de contribución del 10% hasta un máximo del 100% de su salario elegible. Puede optar por no participar en estas contribuciones automáticas o cambiar el porcentaje comunicándose directamente con Fidelity.

Una vez que haya completado 12 meses de servicio y esté empleado a tiempo completo o parcial, será elegible para recibir contribuciones del empleador. St. Charles igualará en un 100% el primer 6% de su salario (por período de pago) que aporte a su cuenta 403(b). Tenemos un proceso de ajuste en vigor si decide depositar el monto máximo en su cuenta 403(b) a principios de año. Esto le permite seguir recibiendo la contribución equivalente de SCHS durante todo el año hasta el máximo del 6%. El máximo del IRS por año calendario que puede aportar a su cuenta 403(b) es de \$23,000 o el 100% de su salario. Si tiene 50 años o más, puede aportar \$7,500 adicionales por año en contribuciones de recuperación.

Lo alentamos a que participe activamente en su cuenta y elija las opciones de inversión que mejor se adapten a sus objetivos, horizonte temporal y tolerancia al riesgo. Puede realizar una elección de inversión en línea en Fidelity NetBenefits o por teléfono al 1-800-343-0860. Si desea orientación para elegir sus inversiones, llame a un consultor de orientación y planificación del lugar de trabajo de Fidelity al 1-800-642-7131. Si no elige una inversión, sus aportes se invertirán en el JP Morgan SmartRetirement Fund con la fecha objetivo de jubilación más cercana al año en que podría jubilarse, según su edad actual y asumiendo una edad de jubilación de 65 años.

## ¿ADÓNDE ACUDO PARA OBTENER AYUDA?

Para obtener más información o realizar cambios en su cuenta, inicie sesión en **Fidelity NetBenefits** en [netbenefits.com](https://netbenefits.com) o llame al **800-343-0860**

Si desea orientación para elegir sus inversiones, llame a un consultor de orientación y planificación del lugar de trabajo de Fidelity al **800-642-7131**

## Programa de adquisición de derechos

La adquisición se refiere al porcentaje de su cuenta que tiene derecho a recibir cuando esté listo para recibir una distribución de los fondos. Es la cantidad de los fondos que usted posee o en los que está investido. Cualquier fondo que contribuya, ya sea a través de deducciones de nómina o reinversiones de empleadores anteriores, siempre está 100% investido, lo que significa que tiene acceso a la cantidad total. El valor de lo que contribuye SCHS y las ganancias que generan varían según los años de participación en el plan de la siguiente manera:

AÑOS DE SERVICIO	CANTIDAD ADJUDICADA
1	0%
2	25%
3	50%
4	75%
5	100%

Nota: Los cuidadores deben completar 1,000 horas cada año calendario para recibir un año de servicio con derecho adquirido.

## Retiros

Los retiros del plan generalmente están permitidos cuando finaliza su empleo, se jubila, cumple 59 años y medio o si tiene dificultades financieras graves. Tenga en cuenta que los retiros están sujetos a impuestos sobre los ingresos y posiblemente a multas por retiro anticipado.

## Reinversión

Si tiene fondos en otro plan de jubilación con beneficios impositivos, es posible que pueda reinvertirlos en nuestro plan, consolidando así los ahorros de su plan de jubilación en una sola cuenta. Solo los saldos aprobados por el administrador del plan de los planes elegibles 457(b), 401(k), 403(b) o 401(a) o una cuenta de jubilación individual (IRA) pueden reinvertirse en nuestro Plan de ahorros para la jubilación 403(b). Cualquier distribución que reciba antes de los 55 años puede estar sujeta a una multa federal del 10% por retiro anticipado, y es posible que deba pagar impuestos sobre la renta sobre los fondos.



# Continuación de la Cobertura

Si la cobertura de beneficios finaliza debido a terminación, reducción de horas o estado laboral, divorcio o separación legal, o pérdida del estado de dependiente, usted y/o los miembros de su familia cubiertos pueden continuar con sus beneficios pagando las primas usted mismo. Esto podría ser a través de la continuación de COBRA u otras opciones de pago por cuenta propia. Para obtener más información y/o la documentación necesaria, comuníquese con nuestro administrador de COBRA, Accrue Cobra Management Services al 866-517-7580 x1 o envíe un correo electrónico a [cobrasupport@accruemacs.com](mailto:cobrasupport@accruemacs.com). Estos son los programas que puede continuar después de la terminación:

	CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA	CÓMO CONTINUAR CON SU COBERTURA
Seguro Médico	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Al elegir y pagar por la continuación de COBRA
Seguro Dental	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Al elegir y pagar por la continuación de COBRA
Seguro de Visión	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Al elegir y pagar por la continuación de COBRA
Programa de asistencia para cuidadores	36 meses después de la fecha de terminación	La cobertura continúa automáticamente durante 36 meses después de la terminación
Cuentas de gastos flexibles	Último día del mes en que finaliza el empleo	Al elegir y pagar la continuación de COBRA solo para su cuenta de atención médica
Vida Básica y AD&D	Fecha de terminación	Comuníquese con Recursos Humanos para obtener los formularios necesarios para portar o convertir su cobertura. Debe hacerlo dentro de los 31 días de su terminación.
Vida voluntaria y AD&D	Fecha de terminación	Comuníquese con Recursos Humanos para obtener los formularios necesarios para portar o convertir su cobertura. Debe hacerlo dentro de los 31 días de su terminación.

# Información del contacto

Preguntas sobre:	CONTACTO	TELÉFONO O CONTACTO	SITIO WEB
Beneficios o reclamos médicos, de farmacia, de la vista o dentales	Administración del plan de salud de St. Charles	<a href="mailto:beneficios@scmc.org">beneficios@scmc.org</a>	<a href="#">HR Caregiver Portal</a>
Inscripción u otras preguntas generales sobre beneficios	Recursos humanos de St. Charles	<a href="mailto:beneficios@scmc.org">beneficios@scmc.org</a>	<a href="#">HR Caregiver Portal</a>
Reclamos médicos, elegibilidad y cobertura	Regence of Oregon	866-240-9580	<a href="http://regence.com">regence.com</a>
Servicios de preautorización médica	Regence of Oregon	866-240-9580	<a href="http://regence.com">regence.com</a>
Red médica de PPO	Regence of Oregon Blue Card - Blue Cross Blue Shield	866-240-9580	<a href="http://regence.com">regence.com</a>
Visita virtual al consultorio médico o asesoramiento sobre salud conductual	Doctor on Demand	800-997-6196	<a href="http://doctorondemand.com">doctorondemand.com</a>
Fisioterapia Virtual	Hinge Health	855-902-2777	<a href="http://es.hingehealth.com/stcharles">es.hingehealth.com/stcharles</a>
Reclamaciones de recetas y elegibilidad, preautorización	CVS Caremark	800-552-8159	<a href="http://caremark.com">caremark.com</a>
Compra de recetas en el lugar (suministro de hasta 90 días)	La Farmacia Comunitaria en St. Charles, Bend	541-706-7731	
Plan de la vista de VSP	Vision Service Plan	800-877-7195	<a href="http://vsp.com">vsp.com</a>
Dental	Delta Dental of Oregon	888-217-2365	<a href="http://deltadentalor.com">deltadentalor.com</a>
COBRA	Accrue Cobra Management Services	866-517-7580 x1	<a href="http://cobramanagement.com">cobramanagement.com</a>
Programa de asistencia para cuidadores	Canopy Wellbeing	Llame al: 800-433-2320 Texto: 503-850-7721	Correo electrónico: <a href="mailto:info@canopywell.com">info@canopywell.com</a>  <a href="http://my.canopywell.com">my.canopywell.com</a> Nombre de la empresa: St. Charles
Programa de bienestar	Engage for Health	541-706-5960	<a href="http://Engageformyhealth.org">Engageformyhealth.org</a>
Cuentas de gastos flexibles	Fidelity Investments	833-299-5089	<a href="http://NetBenefits.com">NetBenefits.com</a>
Cuenta de reembolso de salud (solo plan Select)	Fidelity Investments	833-299-5089	<a href="http://NetBenefits.com">NetBenefits.com</a>



<b>Preguntas sobre:</b>	<b>CONTACTO</b>	<b>TELÉFONO O CONTACTO</b>	<b>SITIO WEB</b>
Cuenta de ahorros para la salud (solo CDHP)	Fidelity Investments	800-544-3716	<a href="https://www.netbenefits.com">NetBenefits.com</a>
Vida, AD&D, seguro de vida a término voluntario y AD&D	UNUM	866-220-8460	<a href="https://www.unum.com">unum.com</a>
Seguro de enfermedad crítica, accidente e indemnización hospitalaria Reclamaciones y Atención al Cliente	UNUM	800-635-5597	<a href="https://www.unum.com">unum.com</a>
Licencias FMLA/OFLA, discapacidad a corto y largo plazo	UNUM	866-269-0759	<a href="https://www.unum.com">unum.com</a>
Asistencia en viaje Servicios de acompañante de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana	UNUM/Assist America	en el E.E. UU. 800-872-1414 Fuera de EE. UU. (código de acceso de EE. UU.) +609-986-1234	<a href="https://www.asistenciaamerica.com">asistenciaamerica.com</a> Número de referencia: 01-AA-UN-762490
Plan de jubilación 403(b)	Fidelity Investments	800-343-0860	<a href="https://www.netbenefits.com">NetBenefits.com</a>
Servicios financieros y legales de planificación de vida (para cuidadores con enfermedades terminales)	UNUM	800-422-5142	<a href="https://members.healthadvocate.com">members.healthadvocate.com</a> Ingrese: UNUM-LifePlanning

## DOCUMENTOS Y AVISOS IMPORTANTES

Sus documentos actuales del plan de salud están disponibles en la página de administración del plan de salud de CaregiverNet. Estos documentos incluyen lo siguiente:

- Descripción resumida del plan (SPD) del plan de salud: este documento brinda información detallada sobre lo que brindan nuestros planes de salud, lo que está cubierto y lo que no, y cómo funciona.
- Resumen de beneficios: este documento proporciona un resumen de alto nivel de nuestros beneficios y cómo el plan pagará por ciertos servicios.
- Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC): bajo la Reforma de Atención Médica, el Plan debe resumir nuestros planes de salud en este formato estándar para que pueda comparar fácilmente nuestros planes con otros.
- Descripción resumida del plan dental: este documento proporciona información detallada sobre lo que ofrece nuestro plan dental, qué está cubierto y qué no, y cómo funciona.

Para ver la descripción resumida del plan de nuestro plan de jubilación, vaya a la página del [HR Caregiver Portal](#) de CaregiverNet. Si desea obtener una copia impresa, comuníquese con Recursos Humanos al 541-706-7770.

Los avisos actuales del plan de salud están disponibles en la página de administración del plan de salud de CaregiverNet. Los documentos incluyen los siguientes elementos:

- Informe anual resumido del plan de salud de St. Charles
- Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
- Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA
- Aviso de derechos especiales de inscripción
- Derechos de la salud y el cáncer de la mujer
- Asistencia de Prima bajo Medicare y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Estos documentos también están disponibles a pedido. Si desea una copia impresa, comuníquese con la Administración del plan de salud al 541-706-5980.

## AVISO IMPORTANTE DE ST. CHARLES HEALTH SYSTEM SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con St. Charles Health System y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. St. Charles Health System ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan de Atención Médica para Empleados de St. Charles Health System ("Plan"), en promedio, pague a todos los participantes del plan tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare paga y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### *¿CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?*

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### *¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?*

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de St. Charles Health System no se verá afectada. Su cobertura actual paga otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes elegibles seguirán siendo elegibles para recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de St. Charles Health System, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, deberá volver a inscribirse en el Plan, de conformidad con las reglas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe revisar la descripción resumida del plan para determinar si se le permite agregar cobertura y cuándo.



## ¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (MULTA) PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con St. Charles Health System y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima mensual del beneficiario base de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el próximo mes de octubre para unirse.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información o llame al (541) 706-5981.

**NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de St. Charles Health System cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visita [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono de la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [seguridadsocial.gov](https://www.seguridadsocial.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una tarifa más alta. prima (una sanción).**

Fecha: 01/01/2025  
Nombre de la Entidad/Remitente: St. Charles Health System  
Contacto - Posición / Oficina: Health Plan Administration  
Dirección: 2500 N.E. Neff Road, Bend, OR 97701  
Número de teléfono: (541) 706-5980

**Nada en este aviso le da a usted o a sus dependientes derecho a la cobertura bajo el Plan. Su derecho (o el de sus dependientes) a la cobertura bajo el Plan se determina únicamente bajo los términos del Plan.**

Beneficios del  
cuidador



  
St. Charles  
HEALTH SYSTEM