



Beneficios del cuidador

2026 Guía de inscripción abierta

Cuentas médicas, dentales, de la vista, de gastos flexibles, cuentas de ahorro y reembolso para la salud,
Programa de asistencia para cuidadores, seguro de 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

Reflejos	4	Cuenta de gastos flexible (FSA) de propósito limitado para atención médica (LPFSA): solo para afiliados del CDHP	32
Elegibilidad e Inscripción	7	FSA de cuidado de dependientes.....	30
Cuándo comienza la cobertura	7	Cuenta de reembolso de salud.....	31
Cómo inscribirse.....	7	Cómo presentar reclamos de FSA o HRA	32
Elegibilidad para miembros de la familia.....	8	Cuenta de ahorros para la salud (HSA): solo para afiliados de CDHP.....	32
Cuándo termina la cobertura.....	8	Programa de asistencia para cuidadores	34
¿Qué pagas?	9	Participar por la salud	36
Cambio calificado en el estado familiar.....	11	Beneficios complementarios.....	38
Atención de rutina y preventiva	12	Seguro básico de vida a término y AD&D	38
Definición de términos comunes	13	Seguro voluntario de vida a término y AD&D....	39
Beneficios medicos	14	Licencia pagada Oregón	40
Opciones de planes	14	Seguro de discapacidad a corto plazo.....	40
Resumen del plan	15	Seguro de discapacidad a largo plazo	41
Cosas a considerar al elegir su plan médico	18	Planes de indemnización voluntaria.....	41
¿Cómo decide qué plan seleccionar?	19	Seguro de accidentes	41
Atención virtual.....	20	Seguro de enfermedades críticas	41
Programas de Apoyo a la Salud	22	Seguro de indemnización por hospitalización....	42
Medicamentos recetados	24	Asistencia en viajes de emergencia en todo el mundo	43
Beneficios dentales	26	Recursos financieros y legales para la planificación de la vida –	
Beneficios de la vista	27	Para los enfermos terminales.....	43
Vision Service Plan.....	27	Planes de jubilación.....	44
¿Cómo decide qué plan seleccionar?	27	Plan de ahorro para la jubilación – 403(b)	44
Resumen del plan	28	Continuación de la cobertura	45
Cuentas libres de impuestos	29	Información del contacto	46
Cuentas de gastos flexibles.....	30	Noticias Importantes	48
FSA de atención médica: Select y Prime PPO .	31		

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
Médico y Farmacia	Opcion de tres planes médicos/ farmacéuticos, con cuentas para ayudarlo a pagar los gastos de atención médica de su bolsillo: • Plan Select PPO • Caregiver Directed Health Plan • Plan Prime PPO	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
Doctor on Demand	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
Visión	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
Dental	Beneficios dentales que incluyen ortodoncia	Usted paga una parte del costo y SCHS paga el resto	Inscríbase dentro de los 30 días de elegibilidad
Cuentas de gastos y ahorros para pagar gastos de atención médica elegibles de bolsillo	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
Programa de asistencia para cuidadores	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 ofrece estos servicios sin costo alguno para usted	No se requiere ninguna acción: estás inscrito automáticamente
Engage for Health Programa de bienestar	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 Engageformyhealth.org o la aplicación Personify Health para inscribirse
Seguro de Discapacidad	Proporciona ingresos cuando, a causa de una enfermedad o accidente, usted está incapacitado y no puede trabajar. La cobertura incluye: • Discapacidad a corto plazo (STD) • Discapacidad a largo plazo (LTD)	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.
Vida a Término y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D), Vida a Término Voluntario y AD&D	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. SCHS proporciona: • Vida Básica y AD&D También puedes comprar: • 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	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 Inscríbase 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.
Beneficios Voluntarios	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	Inscríbase dentro de los 30 días de elegibilidad

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COSTO Y/O CONTRIBUCIÓN	ACCIÓN QUE DEBE TOMAR
Beneficios de jubilación	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
Beneficios y recursos adicionales	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. Esto incluye la cobertura para familiares elegibles. Si cambia de cobertura por matrimonio, nacimiento o adopción, su nuevo familiar estará cubierto en la fecha de nacimiento, adopción, entrega en adopción o el primer día del mes siguiente a la fecha de 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 de empleo elegible o el siguiente.

Para tener derecho a la cobertura, debe estar posicionados de trabajar 40 horas o más por período de pago, a menos que pertenezca a una categoría excluida. A continuación, se presentan las clasificaciones de cuidadores según las horas trabajadas:

Tiempo completo –

cuidadores que están posicionados para trabajar 72 o más horas por período de pago

Tiempo parcial 1 –

cuidadores que están posicionados para trabajar de 60 a 71 horas por período de pago

Tiempo parcial 2 –

cuidadores que están posicionados para trabajar de 48 a 59 horas por período de pago

Tiempo parcial 3 –

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 cuidadores que no son elegibles para recibir beneficios independientemente del número de horas trabajadas son: trabajadores arrendados, 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 identificaron 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 decide cubrir a su cónyuge o hijos elegibles, deberá proporcionar documentación de respaldo. Nuestra empresa de verificación de inscripción, BMI Audit Services, se pondrá en contacto con usted para darle instrucciones.

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 60 días posteriores al nacimiento o la colocación para adopción. A continuación, se detallan los documentos necesarios:

MIEMBRO DE LA FAMILIA CUBIERTO	DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE
Cónyuge	Certificado de matrimonio Y Acta de matrimonio certificada presentada ante el condado/estado más un documento conjunto de los últimos 90 días dirigido a ambas partes o la declaración de impuestos sobre la renta del año calendario anterior que muestre el estado civil de casado.
Hijo(s) biológico(s)	Acta de nacimiento certificada presentada ante el condado/estado.
Hijastros	Acta de nacimiento certificada y certificado de matrimonio certificado presentados en el condado/estado, más un documento conjunto de los últimos 90 días dirigido a ambas partes.
Otros niños (nieto, sobrino/sobrina, hermano/hermana, etc.)	Documentos judiciales que demuestren la tutela legal.
Niño adoptado)	Documentos oficiales de la corte/agencia para un niño colocado con usted para adopción O 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 por terminación, reducción de horas, fallecimiento, divorcio o separación legal, o pérdida de la condición de dependiente, usted o su familiar cubierto podrán continuar con sus beneficios, pero solo si notifican a St. Charles sobre el cambio dentro de los 30 días posteriores al evento. Usted es responsable de notificar. 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	\$41.43	\$387.50	\$97.81	\$536.64	\$5.00	\$316.13
Cuidador y cónyuge	\$113.82	\$689.66	\$240.13	\$948.31	\$44.10	\$557.43
Cuidador y familia	\$160.26	\$883.68	\$331.51	\$1,212.61	\$55.86	\$725.71
Cuidador y niño(s)	\$113.33	\$687.66	\$239.19	\$945.58	\$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	\$41.43	\$387.50	\$97.81	\$536.64	\$5.00	\$316.13
Cuidador y cónyuge	\$168.09	\$635.38	\$325.54	\$862.91	\$121.98	\$479.55
Cuidador y familia	\$249.39	\$794.56	\$471.74	\$1,072.38	\$170.76	\$610.81
Cuidador y niño(s)	\$167.24	\$633.75	\$324.02	\$860.76	\$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	\$145.03	\$283.90	\$260.81	\$373.65	\$115.61	\$205.52
Cuidador y cónyuge	\$344.04	\$459.43	\$602.40	\$586.04	\$296.70	\$304.84
Cuidador y familia	\$471.83	\$572.12	\$821.71	\$722.41	\$364.24	\$417.33
Cuidador y niño(s)	\$342.72	\$458.17	\$600.13	\$584.64	\$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	\$186.47	\$242.46	\$326.01	\$308.45	\$144.51	\$176.62
Cuidador y cónyuge	\$385.49	\$417.99	\$667.60	\$520.84	\$328.81	\$272.72
Cuidador y familia	\$513.24	\$530.70	\$886.92	\$657.21	\$393.14	\$388.43
Cuidador y niño(s)	\$384.17	\$416.83	\$665.34	\$519.43	\$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	\$8.82
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	\$8.82
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

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>	
Una evaluación como medida de precaución debido a su edad.	Una evaluación debido a los síntomas que tienes

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: – 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 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 farmacéuticos son administrados por **Regence Blue Cross Blue Shield of Oregon (Regence)**. Regence ofrece una red nacional de proveedores y farmacias preferentes para cuando viaja o tiene un hijo que estudia fuera del estado. Puede elegir entre tres planes médicos para su cobertura y la de sus familiares elegibles. Cada opción ofrece beneficios médicos y farmacéuticos integrales, además de 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 sus medicamentos hasta que se alcance su deducible. Si cubre a más de una persona con el CDHP, debe alcanzar el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar cualquier servicio, excepto atención preventiva. Esto significa que uno o todos los miembros de la familia cubiertos deben alcanzar juntos el deducible familiar de \$3,400 antes de que el CDHP pague cualquier servicio no preventivo cubierto.

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 o envíe un correo electrónico 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

- 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** o a través de la aplicación, los proveedores enumerados serán específicos de 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		
Cuenta del fondo de salud?	Cuenta de ahorros para la salud			Ninguna			Cuenta de reembolso de salud			
Dólares anuales de SCHS en la cuenta	Solo cuidador: \$800			Ninguna			Solo cuidador: \$1,800 Cuidador y cónyuge o familia: \$2,400 Cuidador y Niños: \$2,900			
	Cuidador y cónyuge o familia: \$1,600									
	Cuidador y niños: \$2,100									
	Nota: las contribuciones a la HSA son la mitad para aquellos que trabajan menos de 60 horas por período de pago									
Premio anual Engage for Health	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 Hasta \$500 por cuidador y \$500 adicionales por cónyuge			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 Hasta \$500 por cuidador y \$500 adicionales por cónyuge			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 Hasta \$500 por cuidador y \$500 adicionales por cónyuge			
BENEFICIOS MEDICOS		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
Deducible por año calendario										
Individual	Solo individual: \$1,700			\$500	\$750	\$1,000	\$4,000	\$5,000	\$7,500	
Familia	Cuidador más uno o más familiares: \$3,400			\$1,500	\$2,250	\$3,000	\$8,000	\$10,000	\$15,000	
Máximo de bolsillo por año calendario (deducible incluido)										
¿Qué está incluido en OOP Máximo? Deducible, coseguro y copagos de farmacia										
Individual*	\$2,900	\$5,200	\$7,700	\$3,000	\$5,000	\$8,000	\$6,500	\$7,900	\$13,000	
Individual con familia*	\$4,600	\$6,900	\$9,400	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Familia*	\$7,000	\$13,300	\$21,400	\$9,000	\$13,200	\$24,000	\$13,000	\$15,800	\$26,000	
Visitas de atención preventiva										
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	
Atención ambulatoria										
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	
Visitas de atención virtual 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			100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand			

*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
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
Cuidado de paciente hospitalizado									
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
Salud conductual									
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% de deducible renunciado 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

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

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 recibir la atención. Esto incluye ciertas cirugías, pruebas genéticas, atención médica domiciliaria, rehabilitación hospitalaria, atención de salud conductual hospitalaria y residencial, medicamentos especializados y exámenes de detección de alto costo (resonancias magnéticas 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. 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	PLAN SELECT PPO CON HRA
Prima: \$\$ Deducible: \$\$	Prima: \$\$\$ Deducible: \$	Prima: \$ Deducible: \$\$\$
Buena elección si: - Prefiere un deducible más alto que le permita pagar menos de su cheque de pago - 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 - Puede planificar sus necesidades de atención médica y depositar fondos en la cuenta de ahorros para la salud para cubrirlas. - Desea cobertura para cirugía de pérdida de peso, TMJ o atención alternativa que incluye acupuntura y quiropráctica	Buena elección si: - Le gusta un deducible más bajo y está dispuesto a pagar más de su sueldo por ello - 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. - Prefiere visitas predecibles al consultorio y copagos de medicamentos recetados - Desea cobertura para cirugía de pérdida de peso, TMJ o atención alternativa que incluye acupuntura y quiropráctica	Buena elección si: - 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. - 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 - Prefiere visitas predecibles al consultorio y copagos de medicamentos recetados - Está bien sin cobertura para cirugía de pérdida de peso, TMJ o cuidado alternativo que incluye acupuntura y quiropráctica

¿CÓMO DECIDES?

¿Cómo decide finalmente qué plan elegir? Una vez que considere las diferencias en la red, el funcionamiento del CDHP (especialmente para quienes toman medicamentos) y la cantidad de atención médica que suele usar o prevé recibir, su decisión generalmente se reduce a minimizar los gastos de su bolsillo si tiene necesidades de atención médica costosas. A continuación, se presenta un breve resumen de las diferencias financieras de cada plan según el deducible, las contribuciones de SCHS a la HSA o HRA y las deducciones de su nómina.

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

Escenario 1: Cobertura solo para el cuidador	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN	PLAN PRIME PPO	PLAN SELECT PPO
Diferencia en el deducible después de la financiación de la cuenta SCHS			
Deducible por año calendario	\$1,700	\$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	\$900	\$500	\$2,200
Diferencia en deducciones de nómina por año			
Deducciones anuales de nómina	\$1,077.12	\$2,543.16	\$129.96
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan CDHP	Mismo	+\$1,466.04	-\$947.16
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan Prime PPO	-\$1,466.04	Mismo	-\$2,413.20
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el plan Select PPO	+947.16	+\$2,413.20	Mismo

Escenario 2: Cobertura para el cuidador y la familia (cónyuge e hijos)	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN	PLAN PRIME PPO	PLAN SELECT PPO
Diferencia en el deducible después de la financiación de la cuenta SCHS			
Deducible por año calendario	\$3,400	\$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	\$1,800	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
Diferencia en deducciones de nómina por año			
Deducciones anuales de nómina	\$4,166.88	\$8,619.24	\$1,452.36
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan CDHP	Mismo	+\$4,452.36	-\$2,714.52
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan Prime PPO	-\$4,452.36	Mismo	-\$7,166.88
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el plan Select PPO	+\$2,714.52	+\$7,166.88	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 del día, 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 recibir 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. Los proveedores de Doctor on Demand pueden tratar las necesidades de atención más urgentes, como:

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

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 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 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+

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 afecciones coexistentes como la ansiedad y la depresión. Para niños 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 presencial o virtualmente, tanto para la salud conductual como para el trastorno por consumo de sustancias. Ofrecen atención presencial para atención hospitalaria o tratamiento ambulatorio, con clínicas en Beaverton y Newberg, Oregón (entre muchas otras ubicaciones). Visite [hazeldenbettyford.org](https://www.hazeldenbettyford.org) o llame al 866-938-0657.



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!

Descarga la app de Regence o visita [regence.com](https://www.regence.com) para crear una cuenta. Solo necesitas tu credencial de miembro para empezar.

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 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 Regence	Farmacia de pedidos por correo Regence	SCHS Community Pharmacy	Farmacia minorista Regence	Farmacia de pedidos por correo Regence	Farmacia Comunitaria SCHS	Farmacia minorista Regence	Farmacia de pedidos por correo Regence
Suministro máximo de días	30 días o 90 días con copago de 2.5x 30 días para especialidad*	30 días	90 días con copago de 2.5x 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		
Nivel 1 Genéricos**	Después del deducible, 100% después de un copago de \$5	80% después del deducible	Después del deducible, 100% después de un copago de \$12.50	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	Genérico 100% sin deducible Marca 100% después de un copago de \$20, sin deducible	80% después del deducible	Genérico 100% sin deducible Marca 100% después de un copago de \$50, 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
Nivel 2: Marca preferida	Después del deducible, 100% después de un copago de \$20	80% después del deducible	Después del deducible, 100% después de un copago de \$50	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
Nivel 3: Marca no preferida	Después del deducible, 100% después de un copago de \$40	80% después del deducible	Después del deducible, 100% después de un copago de \$100	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
Nivel 4: Medicamentos especializados	Después del deducible, 100% después de un copago de \$100	80% después del deducible	Después del deducible, 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	100% después de un copago de \$100	100% después de un copago de \$150	100% después de un copago de \$150

*Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días, a menos que el medicamento tenga una pauta de dosificación aprobada por la FDA que exceda los 30 días y se presente en un paquete de suministro para varios meses. El costo compartido se basa en cada suministro de 30 días.

**Se requieren medicamentos genéricos para aquellos medicamentos que tienen una alternativa genérica. Si se dispensa un medicamento de marca, el paciente pagará la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico, más el copago correspondiente. Si existe una razón médica válida por la que el paciente no puede tomar el medicamento genérico, puede apelar ante Regence y, si se aprueba, se le condonará la multa.

FORMULARIO: MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS

Comprender sus opciones al elegir sus medicamentos puede ayudarle a ahorrar dinero. Los medicamentos genéricos son los más económicos y tienen el menor costo compartido en nuestros planes de farmacia. Hemos colaborado con Regence para crear nuestra lista de medicamentos preferidos (también llamada formulario) para ayudarle a usted y a su médico a decidir qué medicamentos podrían ser adecuados para usted. Antes de añadir un medicamento a la lista de medicamentos preferidos de Regence, un equipo de médicos y farmacéuticos lo evalúa cuidadosamente. ¿Qué tan efectivo es? ¿Es seguro? ¿Mejorará la salud? ¿Existen otros medicamentos en el mercado que hagan lo mismo, pero que sean más económicos y eficaces? Al elegir un medicamento preferido, está optando por un copago más bajo o por un medicamento de menor costo. Los medicamentos de marca no preferidos no están en nuestro formulario, por lo que, aunque puede usarlos libremente, su costo será mayor. Puede comprobar si sus medicamentos son preferidos consultando la 4 Tier Drug List de 2026 en el sitio web de Regence: <https://regence.myprime.com/v/RBO/COMMERCIAL/RBOCF/en/forms.html>

MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO: CÓMO OBTENER UN SUMINISTRO DE 90 DÍAS

Muchos de los medicamentos que toma habitualmente pueden comprarse por 90 días en las Farmacias Comunitarias de St. Charles o con la comodidad del servicio de entrega a domicilio de Regence. Ambas opciones le ahorran visitas a la farmacia y dinero gracias a la reducción de costos o copagos por medicamentos.

FARMACIA POR CORREO: ENTREGA A DOMICILIO A TRAVÉS DE REGENCE

El envío a domicilio es la forma más cómoda de obtener sus medicamentos de mantenimiento. Puede recibir un suministro para 90 días en su casa y pagar menos que si lo comprara en una farmacia minorista para 30 días. La comodidad del envío a domicilio es una ventaja, ya que recibirá recordatorios de resurtido para que siempre tenga los medicamentos que necesita. El servicio de pedidos por correo es para medicamentos que toma regularmente, como para el tratamiento de la hipertensión, la diabetes (incluidas las tiras reactivas y lancetas), el colesterol, la tiroides, la depresión, los anticonceptivos y más. Puede pedirle a su proveedor que solicite sus resurtidos a la farmacia de entrega a domicilio de Regence o llamar al número de atención al cliente de Regence para obtener ayuda con la entrega a domicilio.

AUTORIZACIÓN PREVIA Y TERAPIA ESCALONADA

Algunos medicamentos son costosos y no necesariamente más efectivos. Algunos requieren autorización previa para su dispensación. Esto garantiza que haya probado tratamientos más económicos y de mayor eficacia antes de usar los medicamentos más costosos. Si aún no ha probado estos tratamientos, Regence colaborará con usted y su médico para que los pruebe primero. Esto se denomina terapia escalonada. Su farmacéutico le informará sobre la necesidad de autorización previa o terapia escalonada al surtir la receta. Regence colaborará con su médico para obtener la documentación necesaria para evaluar la cobertura del medicamento.

Comuníquese con la mesa de ayuda de farmacia si tiene preguntas sobre su programa de farmacia Regence:

Haga clic en: <https://regence.myprime.com/v/RBO/COMMERCIAL/RBOCF/en/forms.html>

Llama: Servicio al cliente de Regence al 866-240-9580

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 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*
Deducible por año calendario Individual Familia	Solo aplica para Servicios Mayores \$25 \$75	
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$2,000 por individuo cubierto No incluye cuidado preventivo	
Clase I – Atención preventiva* Examen oral de rutina Limpiezas Radiografías de aleta de mordida Tratamiento de fluoruro	100%	100%
Clase II-Servicios Básicos 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%
Clase III-Restaurador Mayor Coronas Puentes Dentadura postiza Implantes	50%	50%
Clase IV-Ortodoncia 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, 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	
Tipo de proveedor	Proveedor de la red VSP Choice	Proveedor fuera de la red
Examen de visión	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
Frecuencia del examen de visión , Lentes y Monturas	Uno por año calendario	
Marcos	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 LightCare: 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 LightCare: 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
Lentes Visión singular Bifocales forrados Trifocales forrados Lentes progresivas	Cubierto en su totalidad	Asignación de \$30 Asignación de \$50 Asignación de \$65 Asignación de \$50
Mejoras de lentes 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
Lentes de contacto (En lugar de anteojos)	Asignación de \$250 Cubierto en su totalidad para niños menores de 19 años	Asignación de \$200
Ahorros adicionales 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
Descuento de corrección de la visión con láser	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 su FSA, tenga en cuenta que los fondos son de uso o pérdida, lo que significa que debe agotarlos antes de fin de año. Las excepciones son las FSA de Cuidado de Salud y de Propósito Limitado, donde puede transferir hasta \$660 al siguiente año del plan. Todos los demás fondos se perderán. Recuerde que no está permitido usar fondos de atención médica para pagar gastos de guardería ni fondos de guardería para pagar gastos médicos.

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 decide participar en nuestra Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Cuidado de Salud, puede deducir hasta \$3,300 de su sueldo antes de impuestos para cubrir gastos médicos, dentales y de la vista que califiquen. El monto que elija se deducirá de su sueldo en 26 cuotas iguales, pero podrá acceder al monto total desde el primer día de cobertura. Esto significa que puede usar toda su elección para cubrir 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://www.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 tiene el plan médico CDHP y elige participar en nuestra LPFSA, puede deducir hasta \$3,300 de su sueldo antes de impuestos para cubrir **únicamente los gastos de bolsillo calificados de atención dental y de la vista**. El monto de su elección se deducirá de su sueldo en 26 cuotas iguales, pero podrá acceder al monto total desde el primer día de cobertura. Esto significa que puede usar toda su elección para cubrir gastos calificados en cualquier momento durante el año del plan, incluso si no ha pagado el monto total.

FSA de cuidado de dependientes

Si decide participar en nuestra FSA para el Cuidado de Dependientes, puede deducir hasta \$7,500 por hogar (\$3,750 si está casado y declara por separado) de su nómina antes de impuestos para cubrir gastos de guardería calificados. El monto que elija se deducirá de su nómina en 26 cuotas iguales, y solo podrá reclamar la cantidad deducida.

Puede usar la FSA para el cuidado de dependientes para cubrir los gastos de guardería que les permitan a usted y a su cónyuge trabajar, estudiar a tiempo completo o buscar trabajo. Si no cumple con este criterio, sus fondos de la DCFSa estarán sujetos a impuestos. Puede usar los fondos para cubrir los gastos de cuidado de dependientes de sus hijos menores de 13 años que declare como dependientes en su declaración de impuestos, así como algunos gastos de cuidado de adultos o ancianos para un dependiente en la declaración de impuestos.

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.

ACCEDIENDO A SUS FONDOS

Netbenefits Accesscard: Tarjeta de débito Visa (cuenta de gastos de salud, LPFSA o HSA)

Si se inscribe en una cuenta FSA de salud o de propósito limitado, o si tiene una HSA si está inscrito en el plan CDHP, recibirá una tarjeta de débito VISA que se cargará con fondos para cada uno de estos tipos de cuenta o le dará acceso a ellos. Fidelity llevará un registro de sus cuentas y saldos. Puede usarla en el consultorio de su proveedor para pagar las facturas o al momento de la atención médica para copagos médicos o de farmacia, u otros gastos de bolsillo calificados.

Dado que el uso de este plan está regulado por el IRS, necesitamos pruebas de que el uso de su tarjeta de débito está permitido por el IRS. Por lo tanto, deberá enviar la prueba a Fidelity cuando se la soliciten; esto se denomina "verificación". En la FSA, se utiliza tecnología de verificación automática para verificar electrónicamente que la transacción cumple con las normas del IRS. Si la transacción no se puede verificar automáticamente, se requerirá un seguimiento en papel. En estos casos, recibirá una notificación de los Servicios de Cuentas de Reembolso de Fidelity si necesita presentar un recibo. Conserve sus recibos, la explicación de beneficios o la documentación de su proveedor médico, dental, oftalmólogo 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, cuidado de dependientes o HRA, o para enviar documentación para justificar el uso de su FSA de salud, tiene cuatro formas de presentar la solicitud de reembolso o 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 facilitado que Fidelity tenga acceso a los pagos de su plan médico, dental y de la vista para que puedan comparar sus envíos o el uso de su tarjeta de débito con los gastos de bolsillo posteriores al pago del plan. Esto le evita tener que proporcionar una explicación de los estados de cuenta de beneficios o los recibos del plan de la vista al presentar sus reclamaciones ante Fidelity, ya que intentarán verificar electrónicamente sus gastos. Si Fidelity no puede verificar electrónicamente sus gastos, le solicitarán 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 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 tiempo completo (FTE). A continuación, se muestra el cronograma de contribuciones y el máximo permitido por el IRS para 2026, incluyendo los fondos del SCHS:

	CONTRIBUCIÓN DE SCHS POR PERÍODO DE PAGO	CONTRIBUCIÓN ANUAL TOTAL DE SCHS (12 MESES)	MÁXIMO PERMITIDO POR EL IRS (SCHS Y CUIDADOR COMBINADOS)
Para aquellos que trabajan de 60 a 80 horas por período de pago			
Solo cuidador	\$30.77	\$800	\$4,400
Cuidador y niño(s)	\$80.77	\$2,100	\$8,750
Cuidador y cónyuge o familia	\$61.54	\$1,600	\$8,750
Para aquellos que trabajan de 40 a 59 horas por período de pago			
Solo cuidador	\$15.38	\$400	\$4,400
Cuidador y niño(s)	\$40.38	\$1,050	\$8,750
Cuidador y cónyuge o familia	\$30.77	\$800	\$8,750

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) 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 les 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 depositar en su cuenta HSA. Las recompensas del plan de bienestar obtenidas este año se pagan y depositan en su HSA en enero del siguiente año del plan.

Debe permanecer en el plan CDHP el siguiente año calendario para recibir la recompensa del plan de bienestar en su HSA. Los cuidadores que cambien de plan de salud del CDHP al plan Select o Prime PPO el siguiente año recibirán sus dólares de recompensa de bienestar como bonificación.

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
- Regístrese y utilice el sitio web: visite 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 ayudarlo 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 a través de 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 ayudarlo 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 se compromete a mejorar la salud y el bienestar de las comunidades a las que servimos, empezando por nuestros propios cuidadores y sus familias. Engage for Health es un programa integral de salud y bienestar disponible para todos los cuidadores de St. Charles y sus familias, que ofrece diversos recursos y beneficios para ayudarles a mantener o mejorar su salud y bienestar. Engage for Health es completamente voluntario y no participar no afecta su situación laboral ni sus opciones de inscripción al 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 engageformyhealth.org 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	
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. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Engage for Health en **541-706-5950** o engagementforhealth@stcharleshealthcare.org.

Si usted y su cónyuge trabajan para St. Charles, solicite al suscriptor del plan de salud que envíe un correo electrónico a Engage for Health antes de que finalice el año de beneficios con la información de ambos cuidadores.

Programa de descuentos – PerkSpot

Su Programa de Descuentos de St. Charles Health System es una solución integral para miles de descuentos exclusivos en más de 25 categorías diferentes, tales como:

- Viajar
- Gimnasios
- Teléfonos celulares
- Restaurantes
- Auto
- Vestuario
- Electrónica

Algunos de los descuentos más utilizados son para películas, restaurantes, viajes y compra de productos electrónicos.

REGÍSTRATE Y CONTACTA CON PERKSPOT

Recibirás un correo electrónico de bienvenida de PerkSpot que te servirá para registrarte. Si tienes alguna pregunta, contacta con PerkSpot en:

- Teléfono: 866-606-6057
- Correo electrónico: cs@perkspot.com
- Centro de ayuda: support.perkspot.com
- Horario: lunes a viernes de 6 a. m. a 4 p. m., hora del Pacífico.

Cómo navegar por su programa de descuentos

Recibirás un correo electrónico de bienvenida que te permitirá registrarte en PerkSpot. Una vez registrado, aquí tienes algunos consejos para encontrar lo que buscas:

BENEFICIOS CERCA DE TI

En la sección "Nuevos y Destacados", "Beneficios Cerca de Ti" te permite usar tu ubicación para ver todos los descuentos cerca de ti, ¡dondequiera que estés! Puedes filtrar los descuentos por categoría y distancia.

AHORROS PERSONALIZADOS

Informe a PerkSpot qué le interesa para que puedan asegurarse de que vea los beneficios que más disfrutará en la página de inicio de su programa de descuento.

MARCAS QUE SE ADAPTAN A CADA ESTILO DE VIDA

¿Buscas algo específico? La página de Marcas, en la sección de Beneficios Populares, es una forma fácil y rápida de buscar todos los descuentos disponibles.

SUGERIR UN NEGOCIO

¿No encuentras lo que buscas? Visita la página "Sugerir un negocio", ubicada en la esquina superior derecha de la página de inicio, en "Opciones de cuenta", para sugerir que tus marcas y locales favoritos se agreguen a tu programa de descuentos.



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 Oregón?

El programa de Licencia Pagada de Oregón ofrece tiempo libre remunerado a los cuidadores elegibles para que puedan cuidarse a sí mismos o a sus familiares durante eventos importantes de la vida. Este programa permite a los cuidadores tomar hasta 12 semanas de licencia pagada en un período de 52 semanas.

El programa cubre licencia médica por afecciones graves, licencia familiar para fortalecer el vínculo con un nuevo hijo, licencia segura y licencia médica familiar para cuidar a familiares con afecciones graves. Para obtener más información sobre el programa, qué significa para usted y su familia y cómo solicitarlo, visite: permisopagado.oregon.gov

Puede encontrar información adicional visitando nuestro sitio CaregiverNet desde su computadora St. Charles: [Permisos de ausencia](#)

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 incapacitado y bajo el cuidado de un médico para tener derecho a los beneficios de STD. Los beneficios comienzan después de 7 días calendario de incapacidad y el plan cubre 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?

Tú:	Elija \$10,000, \$20,000 o \$30,000 de cobertura sin preguntas médicas si presenta la solicitud cuando es elegible por primera vez
Su cónyuge:	Los cónyuges pueden obtener el 50% del monto de su cobertura
Tus niños:	Los niños desde que nacen vivos hasta los 26 años están automáticamente cubiertos sin costo adicional . 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](https://www.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), 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. 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

PLANIFICACIÓN DE VIDA RECURSOS FINANCIEROS Y LEGALES – PARA ENFERMOS TERMINALES

Los servicios de planificación de vida están disponibles para beneficiarios, cuidadores cubiertos y sus cónyuges con enfermedades terminales. Estos servicios incluyen apoyo financiero y legal, así como terapia de duelo. Los servicios están disponibles para cuidadores y sus familias cubiertos por nuestro plan UNUM LTD. Para más información o para hablar con un asesor, llame al **800-422-5142** (multilingüe) o visite el sitio web healthadvocate.com/unumlifepanning e ingrese "UNUM-LifePlanning".

Planes de jubilación

¿ADÓNDE ACUDO PARA OBTENER AYUDA?

Para obtener más información o realizar cambios en su cuenta, inicie sesión en **Fidelity NetBenefits** en 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**

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 tienen derecho a participar en el programa en la fecha de su 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 mes de abril, su contribución aumentará un 1% de su salario hasta alcanzar un porcentaje de cotización del 12%. Los cuidadores que no participen o que contribuyan con menos del 6% serán reinscritos cada mes de abril. Puede renunciar a estas reinscripciones o contribuciones automáticas, o modificar su porcentaje de cotización, poniéndose en contacto directamente con Fidelity.

Una vez que haya completado 12 meses de servicio y esté empleado a tiempo completo o parcial, será elegible para las contribuciones del empleador. El primer 6% de su salario (por período de pago) que aporte a su cuenta 403(b) será igualado al 100% por St. Charles. Contamos con un proceso de ajuste si decide depositar el monto máximo en su cuenta 403(b) a principios de año. Esto le permite continuar recibiendo la contribución de SCHS durante todo el año hasta el máximo del 6%. El máximo del IRS que puede aportar a su 403(b) por año calendario es de \$23,500 o el 100% de su salario. Si tiene 50 años o más, puede aportar \$7,500 adicionales por año en contribuciones de recuperación. Si tiene entre 60 y 63 años, puede aportar \$11,250 adicionales en lugar de las contribuciones de recuperación de \$7,500.

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.

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 invertido. Cualquier fondo que contribuya, ya sea a través de deducciones de nómina o reinversiones de empleadores anteriores, siempre está 100% invertido, 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@accruecms.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	beneficios@scmc.org	HR Caregiver Portal
Inscripción u otras preguntas generales sobre beneficios	Recursos humanos de St. Charles	beneficios@scmc.org	HR Caregiver Portal
Reclamos médicos, elegibilidad y cobertura	Regence Blue Cross Blue Shield of Oregon	866-240-9580	regence.com
Servicios de preautorización médica	Regence Blue Cross Blue Shield of Oregon	866-240-9580	regence.com
Red médica de PPO	Regence Blue Cross Blue Shield of Oregon Blue Card - Blue Cross Blue Shield	866-240-9580	regence.com
Visita virtual al consultorio médico o asesoramiento sobre salud conductual	Doctor on Demand	800-997-6196	doctorondemand.com
Fisioterapia Virtual	Hinge Health	855-902-2777	es.hingehealth.com/stcharles
Reclamaciones de recetas y elegibilidad, preautorización	Regence	866-240-9580	Regence.com
Compra de recetas en el lugar (suministro de hasta 90 días)	La farmacia comunitaria en St. Charles Bend y Madras	Bend: 541-706-7731 Madras: 541-460-4050	
Plan de la vista de VSP	Vision Service Plan	800-877-7195	vsp.com
Dental	Delta Dental of Oregon	888-217-2365	deltadentalor.com
COBRA	Accrue Cobra Management Services	866-517-7580 x1	cobramanagement.com
Programa de asistencia para cuidadores	Canopy Wellbeing	Llame al: 800-433-2320 Texto: 503-850-7721	Correo electrónico: info@canopywell.com my.canopywell.com Nombre de la empresa: St. Charles
Programa de bienestar	Engage for Health	541-706-5960	Engageformyhealth.org
Programa de descuentos	PerkSpot	866-606-6057	Correo electrónico: cs@perkspot.com stcharleshealthsystem.perkspot.com

Preguntas sobre:	CONTACTO	TELÉFONO O CONTACTO	SITIO WEB
Cuentas de gastos flexibles	Fidelity Investments	833-299-5089	NetBenefits.com
Cuenta de reembolso de salud (solo plan Select)	Fidelity Investments	833-299-5089	NetBenefits.com
Cuenta de ahorros para la salud (solo CDHP)	Fidelity Investments	800-544-3716	NetBenefits.com
Vida, AD&D, seguro de vida a término voluntario y AD&D	UNUM	866-220-8460	unum.com
Seguro de enfermedad crítica, accidente e indemnización hospitalaria Reclamaciones y Atención al Cliente	UNUM	800-635-5597	unum.com
Licencias FMLA/OFLA, discapacidad a corto y largo plazo	UNUM	866-269-0759	unum.com
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	asistenciaamerica.com Número de referencia: 01-AA-UN-762490
Plan de jubilación 403(b)	Fidelity Investments	800-343-0860	NetBenefits.com
Servicios financieros y legales de planificación de vida (para cuidadores con enfermedades terminales)	UNUM	800-422-5142	members.healthadvocate.com 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: 01/01/2026
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

