

# MANUAL DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO

2020

ALLEN HEALTH - FONDO DE BENEFICIOS DE SALUD



# TABLA DE CONTENIDOS

Bienvenido .....	3
Médica Plan Imperio .....	4
Opción de Plan Mental .....	5
Opción de Plan de Visión.....	6
Encuentre a un Proveedor.....	7
Transporte Masivo.....	9
Programa de Asistencia de Empleado .....	9
Exámenes Físicos Físicos sin costo .....	10
Información de Contacto .....	11
Otros Recursos Disponibles .....	12
Términos a Conocer.....	16



# BIENVENIDOS

Estimado Miembro Allen Health – Local 389,

Nosotros estamos muy orgullosos en presentarle a usted un programa de beneficios suministrado por el Fondo de Beneficios de Salud de Allen Health – Local 389. Este libreto está diseñado como un resumen de los beneficios disponibles a los participantes. Dependiendo de las horas de servicios, usted será elegible para uno o ambos de estos niveles de cobertura:

- u Seguro de Salud – Empire Blue Cross Blue Shield EPO – Mínimo de 300 horas pagadas iniciales y un periodo estándar de medición de 3 meses calendario. Este programa requerirá una contribución de empleado de \$4.00 a la semana para el empleado únicamente. La cobertura está disponible para dependientes a una tasa de contribución más alta.
- u Elegibilidad de Plan Dental & de Visión – Solo el seguro de salud elegido por HHA recibirán este beneficio.
- u Tránsito – 130 horas por cuarto calendario, a ningún costo al Empleado.
- u EAP - 65 horas por cuarto calendario.

Por favor, tómense un momento para revisar el programa. Usted notará que también hay información en relación al costo, o las opciones de cobertura a ningún costo a través de Medicaid y Child Health Plus, en el caso que usted califique.

**SI USTED NO DESEA CONTINUAR CON LA COBERTURA DE SALUD, POR FAVOR CONTACTE AL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ALLEN HEALTHCARE AL NÚMERO (718) 657-2966.**

Si usted tiene alguna pregunta en relación a su elegibilidad para el Seguro de Salud, elegibilidad para el Plan Dental o de Visión, por favor contacte a Boon Group al número (866) 868-8310.

Sinceramente,

Fondo de Beneficios de Salud Allen Health – Local 389

# PLAN MÉDICO EMPIRE



## ELEGIBILIDAD

Disponible a los Empleados que trabajan un mínimo de 300 horas o más durante un periodo inicial y un periodo estándar de medición de 3 meses calendarios. Si usted se inscribe para el plan médico, usted automáticamente está inscrito en plan dental y visión

**PLAN DEL AÑO:** 3/1/2020 to 2/28/2021

RESUMEN DE COBERTURA	RED DE ELECCIÓN AZUL   EN RED
Límite en Gastos del Bolsillo	\$6,000 para Individuos \$12,000 para Familia
Deducible	\$0
Coaseguro	0%
Cuidado Preventivo	\$0 de Copago por Visita
<b>Visitas al Consultorio Médico</b>	\$25 de Copago
<b>Visitas al Consultorio del Especialista</b>	\$40 de Copago
Servicios de Laboratorio Imágenes Complejas ( Resonancia Magnética, MRA, PET, CAT Scans, etc.)	<b>Lab: \$0   Consiltorio: \$25</b> \$0
Sala de Emergencias	\$150 Copago renunciado si es admitido
Cuidados Urgentes	\$25 de Copago
Equipo Médico Durable	\$40 de Copago
Cuidado de Paciente Interno	\$100/día (hasta 3 días)
Cuidado de Paciente Externo	\$100 de Tarifa por Instalaciones   \$0 de Tarifa de Cirujano
<b>Tele Medicina</b>	<b>25/\$40 de Copago</b> <i>Debe ingresar tarjeta de crédito cuando se registre para pagar el copago. Vea la página 11 para información de contacto</i>

## TARJETA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

	Genérica	Preferida	No Preferida
Suministro de 30 Días en Ventanilla	\$10	\$25	\$50
Suministro de 30 Días por Correo	\$20	\$50	\$100

# OPCIÓN DE PLAN DENTAL



An Anthem Company

## ELEGIBILIDAD

Cuando usted se inscriba en el plan médico, usted automáticamente estará inscrito en el plan dental. El plan dental está solo disponible cuando elige el plan médico.

PLAN DEL AÑO: 3/1/2020 to 2/28/2021

DENTAL PLAN	PPO	
	EN LA RED	FUERA DE LA RED
<b>DEDUCIBLE DEL AÑO CALENDARIO</b>		
Individual	\$75	\$75
Límite Familiar (EE +1 o más)	\$225	\$225
<b>CARGOS CUBIERTOS POR USTED (coaseguro)</b>	<b>EN LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
Cuidado Preventivo		
▶ Rayos X completo en la boca	100%	100%
▶ Selladores		
Basic Care		
Rellenos		
▶ Extracciones Simples	50%	50%
▶ Anestesia		
Cuidado Superior		
▶ Coronas/Denaduras/Puentes		
▶ Cirugía Periodontal	50%	50%
▶ Tratamiento endodóntico		
▶ Implantes		
Orthodoncia	No Cubierto	No Cubierto
<b>BENEFICIO ANUAL MÁXIMO</b>	\$750 más acumulamiento máximo	\$750 más acumulamiento máximo



# OPCIÓN DE PLAN DE VISIÓN



## ELEGIBILIDAD

Cuando usted se inscriba en el plan médico, usted automáticamente estará inscrito en el plan de visión. El plan de visión está solo disponible cuando elige el plan médico.

PLAN DEL AÑO: 3/1/2020 to 2/28/2021

VISION PLAN	EN LA RED	FUERA DE LA RED
<b>COPAYS</b>		
Exam	\$0	\$50 allowance
Frames	<b>\$120 allowance + 20% off balance</b>	\$48 allowance
<b>FRECUENCIA DE BENEFICIOS</b>		
} Examen	12 meses	
} Lentes	12 meses	
} Marcos	24 meses	
} Lentes de Contacto	12 meses En lugar de lentes y marcos	
	<b>EN LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>EXAMEN</b>	\$0 de Copago	
<b>LENTE</b>		
} Visión Simple		\$48
} Bifocal	\$0 de Copago	\$67
} Trifocal		\$86
<b>LENTE DE CONTACTO</b>		
} Opcional	\$120 allowance (Co-payment waived)	\$105 max (Copago renunciado)
} Necesario	Cubierto por completo	\$210 de concesión





# ENCUENTRE A UN PROVEEDOR



## PASO 1

Visite [empireblue.com/findadoctor](http://empireblue.com/findadoctor) (o visite [empireblue.com](http://empireblue.com), haga clic en menú y luego clic en Encuentre a un Doctor)  
Buscar como Invitado (deslice hacia abajo)

## PASO 2

Si está buscando como invitado, complete los siguientes campos:

} Qué clase de cuidado está buscando?? *Médico / Dental / Visión*

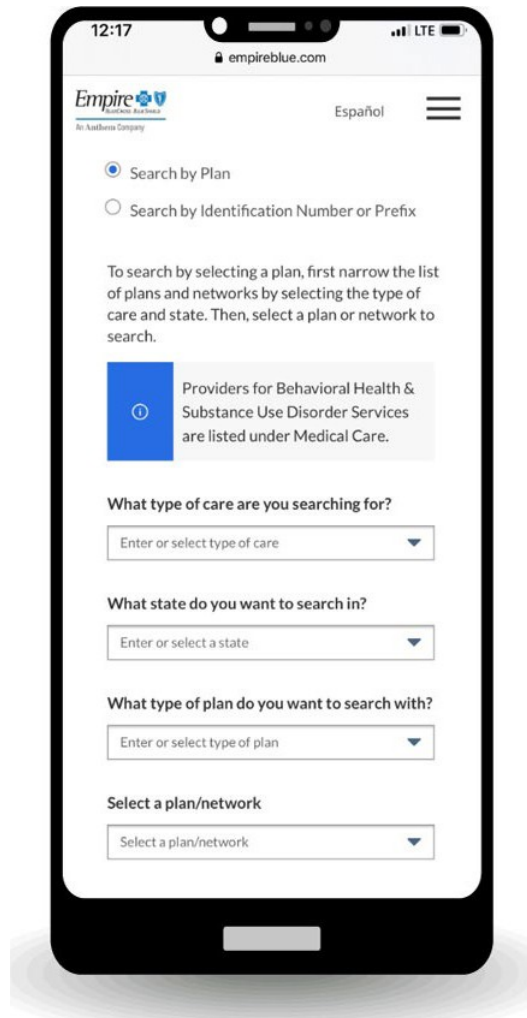
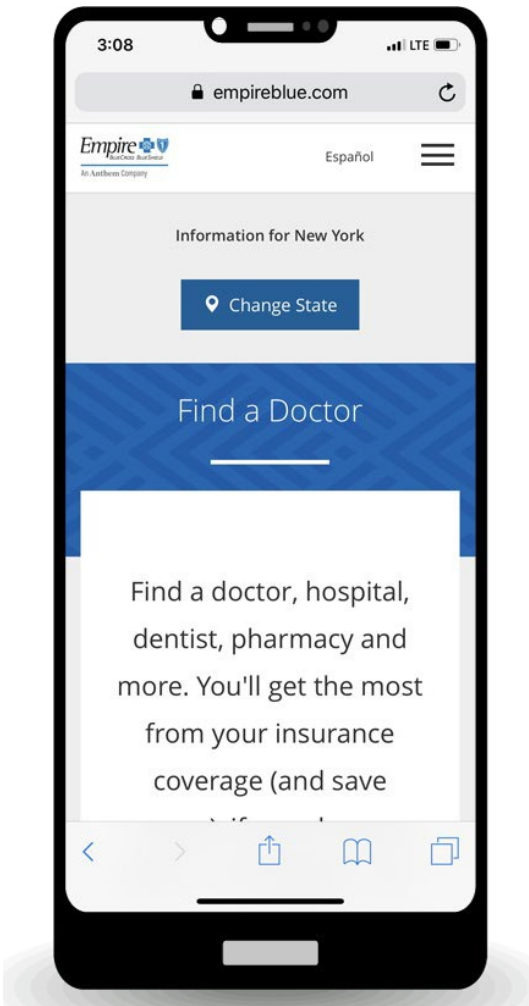
} En qué estado le gustaría buscar? *Seleccione el estado*

} Con qué clase de plan quiere buscar?

*Médico / Dental / Visión*

} Seleccione el plan / red?

- W Médico Blue Access (Patrocinado por el Empleador)
- W Dental Completo plan Dental
- W Visión Blue View Vision



# ENCUENTRE A UN PROVEEDOR

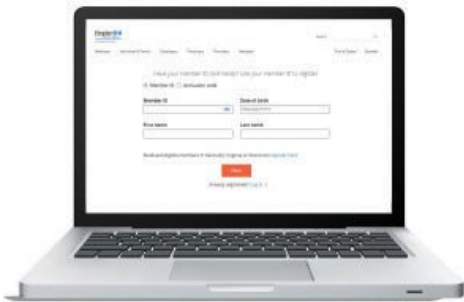


An Anthem Company



Regístrese en [empireblue.com](https://empireblue.com) o la aplicación móvil Sydney.\*

Tenga su tarjeta de ID de miembro a mano para poder registrarse.



## DESDE SU COMPUTADORA

- } Vaya a [empireblue.com/register](https://empireblue.com/register)
- } Provea la información que es solicitada
- } Cree un usuario y contraseña
- } Configure sus preferencias de correo electrónico
- } Siga los pasos para completar su registro

## DESDE SU TELÉFONO / TABLETA

- } Descargue la aplicación móvil Sydney y seleccione Regístrese
- } **Confirme su identidad**
- } Cree un usuario y contraseña
- } **Confirme sus preferencias de correo electrónico**
- } Siga los pasos para poder completar su registro





# TRANSPORTE MASIVO

Clarity BENEFIT SOLUTIONS

**Requiere 130 o más horas por cuarto calendario para este beneficio**

**PLAN DEL AÑO:** 3/1/2020 to 2/28/2021

*Características: El Fondo de Beneficios de Salud Allen Health – Local 389 ofrece un programa de beneficio de transporte a través de Clarity Benefit.*

Soluciones que pueden ahorrarle tiempo y dinero en su transporte.

- ▶ No hay que completar formularios de reclamo
- ▶ Ningún gasto de bolsillo
- ▶ Ninguna espera para su reembolso

*Debit Card Issuance Fee (One Time):*

Paid for by Allen Health - Local 389 Health Benefit Fund  
(Lost/replacement cards: \$2.00 each)

*Transit Benefit Amount:* \$130 per calendar quarter



# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMPLEADOS

COMPSYCH®  
The GuidanceResources Company®

65 horas por cuarto calendario

**PLAN DEL AÑO:** 3/1/2020 to 2/28/2021

Características: El Programa de Beneficios del Fondo de Beneficios de Salud Allen Health – Local 389 le ofrece a usted y a su familia acceso a un Programa de Asistencia de Empleados (EAP – Employee Assistance Program), a través de la asociación con ComPsych con Guidance Resources (Recursos de Guía). Este programa es suministrado a ningún costo para usted y su familia. El EAP suministra ayuda confidencial sobre una variedad amplia de preocupaciones personales y de trabajo tales como estrés, paternidad, abuso de sustancias, relación, problemas familiares y financieros. La EAP le ofrece a usted y a su familia los siguientes beneficios y servicios 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año:

- ▶ Asesoramiento Confidencial
- ▶ Recursos de Apoyo Legal
- ▶ Información Financiera & Recursos
- ▶ Situaciones Laborales–Personales
- ▶ Recursos En Línea de Guía
- ▶ Preparación Gratuita en Línea de Testamento



# EXÁMENES FÍSICOS ANUALES A NINGÚN



65 horas por cuarto calendario  
PLAN DEL AÑO: 3/1/2020 to 2/28/2021

Los servicios de salud ocupacional de Mobile Health incluyen un paquete de exámenes físicos de salud los cuales incluyen un examen físico, prueba de tuberculosis, cualquier vacuna o título requerido, y cualquier otro procedimiento requerido por el empleador.

Los exámenes físicos del empleado están disponibles en los seis centros médicos de Mobile Health ubicados en Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island y en Hempstead Long Island.

- Un examen físico completo del empleado
- Prueba de tuberculosis a través de PPD
- Vacunas de influenza





# INFORMACIÓN DE CONTACTO

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	SITIO WEB   CORREO ELECTRÓNICO   TELÉFONO
Médico	Empire	empireblue.com 800-453-0113
<b>Tele Medicina</b>		<b>livehealthonline.com</b> <b>844-784-8409</b>
Dental	Empire	empireblue.com 866-723-0515
Visión	Empire	empireblue.com 844-729-1566
Transporte Masivo	Clarity	<b>claritybenefitssolutions.com</b> 732-428-8282
Asistencia a empleado	ComPsych	guidanceresources.com 800-272-7255
Examen Físico Anual	Mobile Health	mobilehealth.net 212-695-5122
Recursos Humanos Allen Healthcare	Allen	718-657-2966
<b>Elegibilidad de Beneficios</b>	Boon Group	866-868-8310



# OTROS RECURSOS DISPONIBLES

## AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN:

### ASISTENCIA DE PRIMAS BAJO MEDICAID & EL PROGRAMA DE SEGUROS CHILD'S HEALTH (CHIP – CHILD'S HEALTH INSURANCE PROGRAM)

Si usted o sus niños son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud por su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas para poder ayudarle a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus niños no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible en estos programas de asistencia para primas pero usted puede ser capaz de comprar una cobertura individual de seguro a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite a [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están matriculados en Medicaid o CHIP y usted vive en el estado anotado a continuación, contacte a su Oficina Estatal de Medicaid o CHIP para poder determinar si la asistencia para primas está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente matriculados en Medicaid o en CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de esos programas, contacte a su oficina Estatal de Medicaid o CHIP o marque a 1-877-KIDS NOW o busque [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para encontrar como solicitar. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que le puede ayudar a usted a pagar las primas para un plan patrocinado por el empleador..

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia para primas bajo Medicaid o CHIP, al igual que elegible bajo su plan del empleador, su empleador debe permitirle a usted a inscribirse en su plan del empleador si usted aún no había estado registrado. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar cobertura dentro de 60 días de ser determinado como elegible para asistencia para primas. Si usted tiene preguntas sobre su inscripción en su plan de empleador, contacte al Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en cualquiera de los siguientes estados, usted puede ser elegible para asistencia en pagar a sus primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados es corriente según la fecha del 10 de Agosto del 2017. Contacte a su Estado para más información sobre la elegibilidad..

**ALABAMA** | Medicaid | Website: <http://myalhipp.com> | Teléfono: 1-855-692-5447

**ALASKA** | Medicaid | The AK Health Insurance Premium Payment Program | Website: <http://myakhipp.com/>  
Teléfono: 1-866-251-4861 | Email: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com) | Medicaid Eligibility: <http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

**ARKANSAS** | Medicaid | Website: <http://myarhipp.com/> | Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855) 692-7447)

**COLORADO** | Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+) 1-888-474-8275  
Health First Colorado Website: <https://www.healthfirstcolorado.com/> | Health First Colorado Member Contact Center  
1-800-221-3943/ State Relay 711 | CHP+: [Colorado.gov/HCPF/Child-Health-Plan-Plus](http://Colorado.gov/HCPF/Child-Health-Plan-Plus) | CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711

**FLORIDA** | Medicaid | Website: <http://flmedicaidtprecovery.com/hipp/> | Teléfono: 1-877-357-3268

**GEORGIA** | Medicaid | Teléfono: (404) 656-4507 | Website: <http://dch.georgia.gov/medicaid> Click on Health Insurance Premium Payment (HIPP)

**INDIANA** | Healthy Indiana Plan para adultos con bajos ingresos 19-64 | Website: <http://www.in.gov/fssa/hip/> | Teléfono: 1-877-438-4479  
All other Medicaid | Website: <http://www.indianamedicaid.com> | Teléfono: 1-800-403-0864

**IOWA** | Medicaid | Website: <http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp> | Teléfono: 1-888-346-9562

**KANSAS** | Medicaid | Website: <http://www.kdheks.gov/hcf/> | Teléfono: 1-785-296-3512

**KENTUCKY** | Medicaid | Website: <http://chfs.ky.gov/dms/default.htm> | Teléfono: 1-800-635-2570

**LOUISIANA** | Medicaid | Website: <http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331> | Teléfono: 1-888-695-2447

# OTROS RECURSOS DISPONIBLES

## AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN CONTINUADO

**MAINE** | Medicaid | Website: [http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public\\_assistance/index.html](http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public_assistance/index.html) | Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711

**MASSACHUSETTS** | Medicaid and CHIP | Website: <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth> | Teléfono: 1-800-862-4840

**MINNESOTA** | Medicaid | Teléfono: 1-800-657-3739

Website: <http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp>

**MISSOURI** | Medicaid | Website: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> | Teléfono: (573) 751-2005

**MONTANA** | Medicaid | Website: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP> | Teléfono: 1-800-694-3084

**NEBRASKA** | Medicaid | Website: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov> | Teléfono: (855) 632-7633 | Lincoln: (402) 473-7000 | Omaha: (402) 595-1178

**NEVADA** | Medicaid | Website: <https://dwss.nv.gov/> | Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900

**NEW HAMPSHIRE** | Medicaid | Website: <http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf> | Teléfono: (603) 271-5218

**NEW JERSEY** | Medicaid and CHIP | Medicaid Teléfono: 609-631-2392 | Medicaid Website: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> | CHIP Website: <http://www.njfamilycare.org/index.html> | CHIP Teléfono: 1-800-701-07108

**NEW YORK** | Medicaid | Website: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/) | Teléfono: 1-800-541-2831

**NORTH CAROLINA** | Medicaid | Website: <https://dma.ncdhhs.gov/> | Teléfono: (919) 855-4100 *NORTH*

**DAKOTA** | Medicaid | Website: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/> | *OKLAHOMA* |

Medicaid and CHIP | Website: <http://www.insureoklahoma.org> | Teléfono: 1-888-365-3742

**OREGON** | Medicaid | Website: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx> | Teléfono: 1-800-699-9075  
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>

**PENNSYLVANIA** | Medicaid | Teléfono: 1-800-692-7462

Website: <http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm>

**RHODE ISLAND** | Medicaid | Website: <http://www.eohhs.ri.gov/> | Teléfono: (855) 697-4347 *SOUTH*

**CAROLINA** | Medicaid | Website: <https://www.scdhhs.gov> | Teléfono: 1-888-549-0820 *SOUTH DAKOTA*

| Medicaid | Website: <http://dss.sd.gov> | Teléfono: 1-888-828-0059

**TEXAS** | Medicaid | Website: <http://gethipptexas.com/> | Teléfono: 1-800-440-0493

**UTAH** | Medicaid and CHIP | Medicaid Website: <https://medicaid.utah.gov/> | CHIP Website: <http://health.utah.gov/chip> | Teléfono: 1-877-543-7669

**VERMONT** | Medicaid | Website: <http://www.greenmountaincare.org/> | Teléfono: 1-800-250-8427

**VIRGINIA** | Medicaid and CHIP | Medicaid Website: [http://www.coverva.org/programs\\_premium\\_assistance.cfm](http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm)

Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 | CHIP Website: [http://www.coverva.org/programs\\_premium\\_assistance.cfm](http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm) | CHIP Teléfono: 1-855-242-8282



# OTROS RECURSOS DISPONIBLES

## AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN CONTINUADO

**WASHINGTON | Medicaid | Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473**

**Website: <http://www.hca.wa.gov/free-or-lowcost-health-care/program-administration/premium-payment-program>**

**WEST VIRGINIA | Medicaid | Website: <http://mywvhipp.com/> | Toll-free Teléfono: 1-855-699-8447**

**WISCONSIN | Medicaid and CHIP | Website: <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf>**

**Teléfono: 1-800-362-3002**

**WYOMING | Medicaid | Website: <https://wyequalitycare.acs-inc.com/> | Teléfono: (307) 777-7531**

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia de primas a partir del 10 de Agosto del 2017, o para más información en derechos de inscripción especial, contacte a ya sea:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos  
**(Administración de Beneficios de Seguridad del Empleado)**  
1-866-444-EBSA (3272)  
<http://www.dol.gov/ebsa>

Departamento de Salud y Centros de Servicios  
Humanos de los Estados Unidos para  
Servicios Medicare & Medicaid  
1-877-267-2323, Opción de Menú 4, Ext.  
61565  
<http://www.cms.hhs.gov/>

## DECLARACIÓN DE LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB – Office of Management and Budget). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3512.

La carga de informes públicos para esta recopilación de información se estima en un promedio de aproximadamente siete minutos por respondiente. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia a la OMB Número de control 1210-0137

## LEY DE SALUD DE LA MUJER

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 exigió que todos los planes de seguro de salud que cubran La mastectomía también cubre la siguiente atención médica:

- Reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía,
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica,
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos edemas linfáticos y sostenes de mastectomía y prótesis externas limitadas a la alternativa de menor costo disponible que satisfaga las necesidades físicas del paciente.

# OTROS RECURSOS DISPONIBLES

## CONTINUACIÓN REQUERIDA POR LEY FEDERAL PARA USTED Y PARA SUS DEPENDIENTES

La Continuación Requerida por la Ley Federal no se aplica a ningún beneficio por pérdida de vidas, desmembramiento o pérdida de ingresos. La ley federal le permite a usted o a su Dependiente continuar con la cobertura del seguro de salud si la cobertura cese debido a una reducción de sus horas de trabajo o su terminación de empleo (que no sea por mala conducta grave). La ley federal también permite a sus dependientes a continuar con el seguro de salud si su cobertura cesa debido a su muerte, divorcio o separación legal, o con respecto a un hijo dependiente, si falla en continuar calificando como dependiente. La continuación debe elegirse de acuerdo con las reglas del plan o planes de salud grupales de su empleador y está sujeta a las leyes, regulaciones e interpretaciones federales.

## LEY DE PROTECCIÓN DE SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y MADRES

La ley federal (Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y Madres de 1996) prohíbe que el plan limite la duración de la hospitalización de una madre o un recién nacido a menos de 48 horas para un parto normal o 96 horas para un parto por cesárea o requiera que el proveedor obtenga autorización previa para una estadía de 48 o 96 horas, según corresponda. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas para el parto normal o 96 horas para parto por cesárea.

## LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL

De acuerdo con la Ley de Paridad de Salud Mental de 1996, los límites máximos de por vida y máximos anuales en dólares para los beneficios de salud mental bajo el plan médico son iguales a los límites máximos de por vida y máximos anuales en dólares para los beneficios médicos y quirúrgicos de este plan. Sin embargo, los beneficios de salud mental pueden limitarse a un número máximo de días de tratamiento por año o series de por vida.

## LEY DE PORTABILIDAD DE COBERTURA DE SALUD Y RESPONSABILIDAD (HIPAA – HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY)

El cliente, de conformidad con la HIPAA, protege su Información de Salud Protegida (PHI – Protected Health Information). El cliente solo discutirá su PHI con proveedores médicos y administradores de terceros cuando sea necesario para administrar el plan que le proporciona sus beneficios médicos, dentales y de la vista o según lo exija la ley. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a pedido en el Departamento de Recursos Humanos.

Este libreto resume los beneficios del cuidado de salud y protección de ingresos que están disponibles al cliente y a sus dependientes elegibles. Los documentos, planes, políticas y certificados oficiales de seguro contienen los detalles, condiciones, niveles beneficios máximos y restricciones en beneficios. Estos documentos gobiernan su programa de beneficios. Si no hay ningún conflicto, los documentos oficiales prevalecerán. Estos documentos están disponibles al momento de solicitud a través del Departamento de Recursos Humanos.

La información suministrada en este libreto no es una garantía de los beneficios

# TÉRMINOS A CONOCER

## *Límite Anual*

Muchos planes de seguros de salud colocan un límite de dólares a los reclamos que el asegurado va a pagar en el curso de un año del plan. La PPACA prohíbe límites anuales para los beneficios esenciales para los años del plan iniciando después del 23 de Septiembre del 2010.

## *Facturación de Saldos*

Cuando usted reciba los servicios de un proveedor de cuidado de salud que no participe en su red de aseguradores, el proveedor del plan de salud no está obligado a aceptar el pago del seguro como un pago completo y puede facturarle a usted por los montos sin pagar.

## *Cobertura COBRA*

El Congreso aprobó la Ley de Reconciliación de Presupuestos Consolidados de Omnibus (COBRA - Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), provisiones de beneficios de salud en 1986. La COBRA provee a ciertos exempleados, jubilados, cónyuges, excónyuges e hijos dependientes el derecho a una continuación temporal de beneficios de cobertura de salud a tasas grupales. La ley generalmente cubre los planes de salud mantenidos por empleadores del sector privado con 20 o más empleados, organizaciones de empleados, o gobiernos estatales o locales. Muchos estados tienen una ley "mini-COBRA" que aplica a los empleados de empleadores con menos de 20 empleados.

## *Coaseguro*

Un porcentaje del cargo de un proveedor de atención médica por el cual el paciente es financieramente responsable bajo los términos de la política.

## *Copago*

La tarifa plana que usted paga fuera de su bolsillo cada vez que usted visita a un proveedor.

## *Compartición de Costos*

Cargos del proveedor de atención médica por los cuales el paciente es responsable según los términos de un plan de salud. Las formas comunes de costo compartido incluyen deducibles, coaseguros y copagos. Los cargos facturados por saldo de médicos fuera de la red no se consideran costos compartidos. La PPACA prohíbe que el costo compartido total exceda \$5,950 para un individuo y \$11,900 para una familia. Estos montos se ajustarán anualmente para reflejar el crecimiento de las primas.

## *Deducible*

El monto que usted paga durante un año para servicios médicos, antes de que su asegurador empiece a pagar.

## *Formulario*

Una lista de medicamentos recetados genéricos y de marca cubiertos por su plan de salud que trata las mismas condiciones, pero cuestan menos.

## *Organización de Mantenimiento de Salud (HMO Health Maintenance Organization)*

Un tipo de organización de atención administrada (plan de salud) que suministra

cobertura del cuidado de salud a través de una red de hospitales, médicos y otros servicios de proveedores del cuidado de la salud. Por lo general, la HMO solo paga por la atención brindada por un proveedor dentro de la red. Según el tipo de cobertura que tenga, las normas estatales y federales rigen las disputas entre las personas inscritas y el plan.

## *Cuenta de Ahorros de Salud (HSA – Health Savings Account)*

El proyecto de ley de Medicare firmado por el presidente Bush el 8 de diciembre de 2003 creó las HSA. Las personas cubiertas por un plan de salud de alto deducible calificado (HDHP) (y no tienen otra cobertura de primer dólar) pueden abrir una HSA en una base preferencial de impuestos para ahorrar para futuros gastos médicos y de salud para jubilados calificados. Puede encontrar información adicional sobre las HSA en el sitio web del Tesoro de los Estados Unidos: <http://www.treas.gov/offices/publicaffairs/hsa/>.

## *Plan de Salud con Deducibles Altos (HDHP – High Deductible Health Plan)*

Un tipo de plan de seguro de salud que, en comparación con los planes de seguro de salud tradicionales, requiere un mayor gasto de bolsillo, aunque las primas pueden ser más bajas. En 2010, un HDHP que califique para HSA debe tener un deducible de al menos \$1,200 para cobertura individual y \$2,400 para cobertura familiar. El plan también debe limitar la cantidad total de costos compartidos de bolsillo para los beneficios cubiertos cada año a \$ 5,950 para cobertura individual y \$11,900 para familias.

## *HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996)*

La ley federal promulgada en 1996 que alivió el problema del "bloqueo del trabajo" al facilitar que las personas se muevan de un trabajo a otro sin el riesgo de no poder obtener un seguro de salud o tener que esperar la cobertura debido a afecciones médicas preexistentes.

## *Proveedor dentro de la Red*

Un proveedor de atención médica (como un hospital o médico) que está contratado para ser parte de la red de una organización de atención administrada (como una HMO o PPO). El proveedor acepta las reglas y los programas de tarifas de la organización de atención administrada para ser parte de la red y acuerda no equilibrar las facturas de los pacientes por montos superiores a la tarifa acordada.

## *Beneficio obligatorio*

Un requisito en la ley estatal o federal de que todas las pólizas de seguro de salud provean cobertura para un servicio de atención médica específico.

## *Seguro de enfermedad*

Un programa estatal y federal conjunto que brinda cobertura de atención médica a categorías elegibles de personas de bajos ingresos. Las reglas para las categorías elegibles (como niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidades, etc.) y para los requisitos de ingresos y activos varían según el estado. La cobertura generalmente está disponible para todas las personas que cumplen con estos requisitos de elegibilidad estatales. Medicaid a menudo paga la atención a largo plazo (como la atención en un hogar de ancianos). La PPACA extiende

# TÉRMINOS A CONOCER

legibilidad de Medicaid para todos los individuos que hasta \$29,326 para una familia de cuatro.

## *Medicare*

Un programa del gobierno federal que brinda cobertura de atención médica para todas las personas elegibles de 65 años o más o menores de 65 años con una discapacidad, independientemente de sus ingresos o activos. Las personas elegibles pueden recibir cobertura para servicios hospitalarios (Parte A de Medicare), servicios médicos (Parte B de Medicare) y medicamentos recetados (Parte D de Medicare). Juntos, las Partes A y B de Medicare se conocen como Medicare Original. Los beneficios también se pueden proporcionar a través de un plan Medicare Advantage (Parte C de Medicare).

## *Período de inscripción abierta*

Un período específico durante el cual las personas pueden inscribirse en un plan de seguro de salud cada año. En ciertas situaciones, como si uno ha tenido un nacimiento, muerte o divorcio en su familia, a las personas se les puede permitir inscribirse en un plan fuera del período de inscripción abierta.

## *Proveedor fuera de la red*

Un proveedor de atención médica (como un hospital o médico) que no está contratado para ser parte de la red de una organización de atención administrada (como una HMO o PPO). Dependiendo de las reglas de la organización de atención administrada, un individuo puede no estar cubierto en absoluto o se le puede exigir que pague una porción más alta de los costos totales cuando busca atención de un proveedor fuera de la red.

## *Límite de gastos de bolsillo*

Una limitación anual sobre todos los costos compartidos por los cuales los pacientes son responsables bajo un plan de seguro de salud. Este límite no se aplica a las primas, los cargos facturados por saldos de proveedores de atención médica fuera de la red o los servicios que no están cubiertos por el plan. PPACA requiere límites de desembolso personal de \$6,350 por persona y \$12,700 por familia, a partir de 2014. Estos montos se ajustarán anualmente para tener en cuenta el crecimiento de las primas de seguros de salud.

## *Legislación de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (PPACA)*

**(Ley Pública 111-148) firmada por el presidente Obama el 23 de Marzo de 2010. Comúnmente conocida como la ley de reforma de salud.**

## *Exclusión de condiciones preexistentes*

El período de tiempo que un individuo no recibe beneficios bajo un plan de beneficios de salud por una enfermedad o afección médica por la cual un individuo recibió asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento dentro de un período de tiempo específico antes de la fecha de inscripción en el beneficio de salud plan. PPACA prohíbe las exclusiones por condiciones preexistentes para todos los planes a partir de enero de 2014.

## *Plan de Punto de Servicio (POS) & Organización de Proveedores Preferidos (PPO)*

Un plan de salud que le permite al cliente elegir recibir servicios de un profesional de la salud participante (dentro de la red) o no participante (fuera de la red). Es posible que se le solicite al cliente que seleccione un médico de atención primaria (PCP) y, por lo general, puede ahorrar más utilizando un profesional de la salud participante.

## *Prima*

El pago periódico requerido para mantener una póliza vigente.

## *Beneficios preventivos*

Servicios cubiertos destinados a prevenir enfermedades o identificar enfermedades mientras es más fácil de tratar. PPACA requiere que las aseguradoras brinden cobertura para beneficios preventivos sin deducibles, copagos ni coseguros.

## *Cargo Usual, Habitual y Razonable (UCR)*

El costo asociado con un servicio de atención médica que es consistente con la tarifa actual para servicios idénticos o similares dentro de un área geográfica particular. El reembolso para proveedores fuera de la red a menudo se establece en un porcentaje del cargo habitual, habitual y razonable, que puede diferir de lo que el proveedor realmente cobra por un servicio.

## *Período de espera*

**Un período de tiempo que una persona debe esperar, ya sea después de trabajar o presentar una solicitud para un plan de seguro de salud antes de que la cobertura entre en vigencia y se puedan pagar los reclamos. Las primas no se cobran durante este período.**

