



COURAGEOUSLY
Living the Gospel

Religiosos/Laicos

Guía de inscripción y beneficios para empleados 2024

Dentro de la guía

Bienvenido	3
Elegibilidad	4
Plan médico	5-6
Atención preventiva básica	7
Conviértase en un consumidor inteligente de Healthcare	8
Telemedicina - My Catholic Doctor	9
Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)	10-13
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	14-15
Precertificación	16
Healthcare Bluebook	17-18
Gestión de la atención	19
Hinge Health	20
Plan odontológico	21
Plan oftalmológico	22
Vida y discapacidad	23
Ofertas voluntarias	24
Legal y robo de identidad	25
Servicios de valor añadido	26
401(k) Jubilación	27
Plan de pensiones	28
Contactos	29
Divulgaciones del plan de salud y bienestar	30-41

Bienvenido

En la Diócesis de San Petersburgo creemos que ustedes, nuestros empleados, son nuestra bendición más importante. Ayudarles a usted y a sus familias a lograr y mantener una buena salud (física, emocional y financiera) es la razón por la que la Diócesis de San Petersburgo les ofrece este programa de beneficios. Le ofrecemos este resumen para ayudarle a comprender los beneficios que usted tiene a su disposición y cómo aprovecharlos mejor. Revíselo detenidamente y asegúrese de preguntar sobre cualquier tema importante que no se aborde aquí. En el folleto se proporciona una lista de contactos del plan. Para obtener información más detallada, consulte los recursos de beneficios ubicados en el sitio web de la diócesis: <https://www.dosp.org/humanresources/benefits/>

Guía de beneficios

Esta guía proporciona una descripción general de sus opciones de beneficios para ayudarle a seleccionar la cobertura adecuada para usted. Asegúrese de tomar decisiones que funcionen a su favor. Por supuesto, la elección conlleva responsabilidad, por lo que se le recomienda planificar. Por favor, tómese su tiempo para leer y comprender a fondo los planes de beneficios e inscribirse a tiempo. En esta guía se incluyen explicaciones resumidas de los beneficios y costos, así como información de contacto de cada proveedor.

Es importante recordar que solo se le aplican aquellos programas de beneficios para los cuales es elegible y en los que se ha inscrito. Le animamos que revise cada sección y analice sus beneficios con los miembros de su familia. Asegúrese de prestar mucha atención a los copagos y deducibles aplicables, cómo presentar reclamos, requisitos de autorización previa, redes y servicios que pueden estar limitados o no cubiertos (exclusiones).

Esta guía no es un contrato entre empleado y empleador. No pretende cubrir todas las disposiciones de todos los planes, sino que es una referencia rápida para ayudar a responder la mayoría de sus preguntas. Consulte las descripciones resumidas de su plan para obtener detalles completos. La Diócesis se reserva el derecho, a su entera y absoluta discreción, de enmendar, modificar o terminar, total o parcialmente, cualquiera o todas las disposiciones de los planes de beneficios.

Dos formas de inscribirse

Tenemos dos opciones para que usted se inscriba en su plan de beneficios. Inscripción Guiada o Autoservicio. Le recomendamos encarecidamente que aproveche nuestra opción de inscripción guiada, que le brinda acceso gratuito a un asesor de inscripción personal para revisar sus planes, costos y ayudarle a ingresar la información en Paylocity.

OPCIÓN 1: INSCRIPCIÓN GUIADA **OPCIÓN RECOMENDADA**

Nuestro método recomendado para su inscripción es que programe una cita con un especialista dedicado en Enrollment Alliance.

Usted establece un horario que le convenga durante el día, por la tarde o el sábado.

Su especialista de Enrollment Alliance revisará sus opciones e ingresará sus selecciones por usted en Paylocity: ¡No es necesario que recuerde su nombre de usuario y contraseña!

Haga clic en el código QR de la derecha para programar su cita.



OPCIÓN 2: INSCRIPCIÓN DE AUTOSERVICIO

Si prefiere inscribirse por su cuenta, podrá hacerlo en www.Paylocity.com.

- Inicie sesión utilizando la identificación de su compañía (12xxx)
- Introduzca su nombre de usuario y su contraseña (si le falta alguno de los datos anteriores, póngase en contacto con el administrador de nóminas de su entidad)
- Cerca de la parte superior izquierda de la página verá un cuadrado gris que dice "RR.HH. y nómina"
- Haga clic aquí y verá un menú que se desliza desde la izquierda
- Haga clic en la última opción, el corazón que dice Bswift Benefits.
- Será redirigido a una pantalla de bienvenida
- Luego puede ir a la biblioteca y acceder a la información sobre todos nuestros planes de beneficios
- Cada año debe actualizar el monto de su aporte a la FSA/HSA
- Asegúrese de confirmar su designación de beneficiario
- Imprima y conserve su declaración de confirmación

Elegibilidad e inscripción

Empleados elegibles:

Puede inscribirse en el Programa de Beneficios para el Empleado de la Diócesis de San Petersburgo si usted es un empleado a tiempo completo que trabaja al menos 30 horas a la semana.

Dependientes elegibles:

Si usted es elegible para nuestros beneficios, sus dependientes también. En general, los dependientes elegibles son su cónyuge y sus hijos hasta los 26 años. Si su hijo tiene una discapacidad física o mental, la cobertura puede continuar más allá de los 26 años una vez que se presente una prueba de la discapacidad actual. Los hijos pueden ser naturales, adoptados, hijastros e hijos obtenidos mediante tutela legal designada por un tribunal.

Elegibilidad del cónyuge:

Si su cónyuge es elegible para otra cobertura a través de su empleador, no será elegible para la cobertura del plan de la Diócesis de San Petersburgo.

Cuándo empieza la cobertura:

Los empleados recién contratados y sus dependientes entrarán en vigor en los programas de beneficios de la Diócesis de San Petersburgo el primer día del mes siguiente a los 30 días de contratación. Todas las elecciones son válidas durante todo el año del plan y solo pueden modificarse durante la Inscripción Abierta, a menos que se produzca un cambio en la situación familiar.

Inscribirse en los beneficios

Las inscripciones se procesan a través del sistema de inscripción en línea. Ingrese a www.paylocity.com

Si necesita restablecer su nombre de usuario o contraseña, póngase en contacto con el administrador de nóminas de su localidad.

Modificación de la elección de los beneficios

Por lo general, los cambios en los beneficios solo pueden efectuarse en la inscripción abierta anual, a menos que sufra un evento habilitante. Es necesario notificar a Recursos Humanos sobre cualquier evento habilitante en un plazo de 30 días a partir de la fecha del evento. Ejemplos de eventos habilitantes :

Cambio de la situación familiar

Matrimonio o divorcio

Fallecimiento de un dependiente

Nacimiento o adopción de un hijo

Cambio del estatus de elegibilidad de los dependientes

Elegibilidad para Medicare

(inscripción especial de 60 días)

Elegibilidad para Medicaid

(inscripción especial de 60 días)

Cambio en el costo o la cobertura

Adición o eliminación de opciones de beneficios

Comienzo o finalización de la relación laboral del cónyuge

Reubicación dentro o fuera del área de servicio del plan

El plan que cubre a un cónyuge o dependiente tiene una inscripción anual en un momento diferente al plan que cubre al empleado.

Médico - Regenexx y Optum



WHAT IS REGENEXX?

Regenexx es un tratamiento innovador para lesiones ortopédicas que mejora los procesos de curación naturales de su cuerpo. Para tratar tendones, ligamentos, músculos, huesos y cartílagos dañados, nuestros médicos extraen sus plaquetas sanguíneas y aspiran la médula ósea y los procesan en nuestros laboratorios de ortobiología avanzada. Luego los inyectamos precisamente en el lugar de su lesión utilizando guía por imágenes. Los procedimientos Regenexx proporcionan una alternativa mínimamente invasiva, de menor costo y de menor riesgo para hasta el 70 por ciento de las cirugías ortopédicas electivas.

Regenexx está cubierto como un beneficio dentro de la red dentro de los planes de salud de la Diócesis de San Petersburg.

Según los planes POS y HDHP, el paciente es responsable del 30% después de alcanzar el deducible.

SABER MÁS

Para obtener más información sobre su beneficio de Regenexx y si Regenexx es una opción para usted, póngase en contacto con su centro educativo.

Para inscribirse en uno de sus seminarios web semanales, visite regenexxbenefits.com/webinar?mailer. Llámelos hoy mismo al **727-361-9626** o visite regenexxbenefits.com/dosp para obtener más información.



El sitio web y la aplicación Optum Rx son formas rápidas, fáciles y seguras para obtener la información que usted necesita para aprovechar al máximo su beneficio de farmacia. Regístrese para obtener una cuenta en línea y podrá:

- Revisar los precios de los medicamentos
- Realizar un pedido a domicilio
- Realizar un seguimiento del estado del pedido de entrega a domicilio
- Acceder e imprimir el carné de identidad

Regístrese ahora

Para configurar su cuenta en línea:

1. Vaya a OptumRx.com
2. Seleccione Registrarse en la página de inicio
3. Ingrese la información de su tarjeta de identificación de miembro
4. Cree un nombre de usuario y una contraseña
5. Complete su perfil

Si ya tiene una cuenta, inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.



Plan Médico - Meritain Health

	Plan POS	Plan de deducible alto
Deducible por año calendario (CYD)		
Dentro de la red (individual/familiar)	\$1500/\$3000	*\$1600/\$3200
Fuera de la red (individual/familiar)	\$2500/\$5000	*\$3200/\$6400
Coseguro del empleado (Coins)		
Dentro de la red	30%	30%
Fuera de la red	60%	60%
Gasto máximo de bolsillo		
Dentro de la red (individual/familiar)	\$4000/\$8000	*\$4000/\$8000
Fuera de la red (individual/familiar)	\$8000/\$16 000	*\$8000/\$16 000
Cargos médicos		
Copago por consulta médica - Dentro de la red	\$40 de Copago	30% después del deducible
Copago por consulta al especialista - Dentro de la red	\$90 de Copago	30% después del deducible
Consultorio médico - Fuera de la red	60% después del deducible	60% después del deducible
Hospitalización (por admisión)		
Dentro de la red	\$300 de Copago + Deducible + 30%.	30% después del deducible
Fuera de la red	60% después del deducible	30% después del deducible
Otros servicios dentro de la red		
Laboratorio independiente preferido/Radiografías	\$0 de Copago	30% después del deducible
Radiología compleja *Se requiere precertificación	30% después del deducible	30% después del deducible
Atención de urgencias	\$100 de Copago	30% después del deducible
Cirugía ambulatoria	30% después del deducible	30% después del deducible
Sala de emergencias	30% después del deducible + \$300 de copago	30% después del deducible
Cargos por aparatos auditivos		
Audífonos	\$2500 de asignación por oído después del deducible dentro de la red cada 3 años	\$2500 de asignación por oído después del deducible dentro de la red cada 3 años
Medicamentos con receta		
Copago o coseguro de medicamentos con receta	\$10/\$60/\$120	30% después del deducible
Medicamentos especiales	30% hasta \$350 al mes	30% después del deducible Se aplica un límite de \$350 después de alcanzar el deducible
Pedidos por correo - 90 días	\$20/\$120/\$240; Especialidad: N/C	30% después del deducible Especialidad: N/C
Red de proveedores	Choice POS II	Choice POS II

***Aggregado:** Para los empleados que cubren a miembros de la familia, el deducible familiar completo y del gasto máximo de bolsillo se aplica a la familia como una "unidad". Puede ser satisfecho por un miembro de la familia o una combinación de miembros de la familia.

Deducciones en la nómina de los empleados (Mensuales)	Plan POS	Plan de deducible alto
Empleado	\$111.00	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$744.00	\$521.00
Empleado e hijo(s)	\$526.00	\$376.00
Empleado y familia	\$947.00	\$681.00

Atención preventiva básica

Cada año, miles de personas mueren por enfermedades crónicas en los Estados Unidos. Si bien este hecho puede resultar sorprendente, la mayoría de las enfermedades crónicas se pueden evitar o controlar mejor con una atención preventiva adecuada. Por suerte, si usted está inscrito en uno de los planes médicos de la Diócesis de San Petersburgo, los servicios de atención preventiva están cubiertos al 100%.

¿Qué es la atención preventiva?

Mientras que la atención médica regular se centra en el tratamiento de enfermedades, la atención preventiva tiene como objetivo, en primer lugar, evitar que se enferme al centrarse en ayudarlo a mantener una buena salud. Algunos ejemplos de atención preventiva pueden ser los siguientes :

- Exámenes físicos
- Examen médico
- Pruebas de laboratorio
- Asesoramiento
- Vacunas

La atención preventiva se produce antes de que usted se sienta enfermo o note algún síntoma y está diseñada para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades y dolencias. Los Centros para el Control de Enfermedades afirman que el tratamiento de las enfermedades crónicas funciona mejor cuando se detectan a tiempo.

¿Por qué debo utilizar la atención preventiva?

La atención preventiva es importante porque le ayuda a mantenerse saludable y a acceder a un tratamiento oportuno cuando sea necesario. Por ejemplo, muchos tipos de exámenes y pruebas pueden detectar una enfermedad antes de que empeore. Iniciar el tratamiento o hacer cambios en el estilo de vida antes de que comience la enfermedad o mientras aún se encuentra en sus primeras etapas le ayudará a mantenerse más saludable o recuperarse más rápido.

Además, la atención preventiva puede ahorrarle dinero, ya que ayuda a detectar los problemas en sus primeras etapas, cuando la mayoría de las enfermedades son más tratables. El costo del tratamiento temprano o de los cambios en la dieta o el estilo de vida es menor que el costo de tratar y controlar una enfermedad crónica o una enfermedad grave en toda regla.

En última instancia, la atención preventiva puede mejorar la calidad de su salud en los años venideros. Y, cuando la atención preventiva se combina con un estilo de vida saludable en general, como comer bien y hacer ejercicio, puede aumentar considerablemente sus probabilidades de evitar costosas enfermedades crónicas en primer lugar.

Próximos pasos

Póngase en contacto con su médico para analizar sus opciones de atención preventiva. Para encontrar un médico dentro de la red o para obtener detalles sobre qué atención preventiva está cubierta, visite el sitio web de Meritain Health www.meritain.com

La atención preventiva consiste no solo en exámenes físicos anuales, sino también en exámenes de salud de rutina, vacunas y el mantenimiento de un estilo de vida saludable

Conviértase en un consumidor inteligente de Healthcare

¡Una forma inteligente de ahorrar en costos de medicamentos es comparar precios y buscar el mejor precio! El costo de un medicamento con receta puede variar mucho de una farmacia a otra, incluso dentro de la misma cadena de establecimientos. **Solicite muestras a su médico y farmacia y verifique si tienen cupones de descuento disponibles.**

Ahorros en el supermercado:

www.publix.com
www.winndixie.com

Wal-Mart, Sam's Club y Neighborhood Market:

\$4 en medicamentos genéricos por suministro de 30 días
 \$10 en medicamentos genéricos por suministro de 90 días
www.walmart.com

www.GoodRx.com

Este sitio web ofrece comparaciones de costos locales y también enlaces a los sitios web de los fabricantes para obtener descuentos y cupones. Descargue la aplicación móvil gratuita o utilice la tarjeta: ¡ideal para toda la familia, incluidas las mascotas!

Medicamentos genéricos

Utilice primero un medicamento genérico, especialmente cuando el medicamento genérico está elaborado con los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca original. No cubrimos medicamentos que cuestan más que los genéricos similares o que no han sido aprobados por la FDA.

Para que pueda surtir una receta de marca sin pagar la diferencia de costo, el médico que la prescribe debe indicar "Medicamento necesario" en la receta.

Necesito atención: ¿adónde debo ir?

CLÍNICA AMBULATORIA	CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA	SALA DE EMERGENCIAS
Alergias Infecciones de la vejiga Herpes labial Infecciones de oído Infecciones oculares Vacunas Infecciones sinusales Faringitis estreptocócica Resfriados Piojos Diabetes Control de la presión arterial	Resfriado, gripe o fiebre Distensiones, esguinces o roturas Infecciones Quemaduras leves Alergias Servicios de diagnóstico (radiografías, pruebas de laboratorio) Fracturas menores (por ejemplo, dedos de las manos y de los pies) Dolor de garganta o tos graves Erupciones e infecciones cutáneas Infecciones urinarias Vómitos, diarrea o deshidratación Hemorragias controladas, cortes que requieren puntos de sutura	Dolor torácico Dolor abdominal Accidente cerebrovascular Traumatismo craneoencefálico grave Traumatismo grave Fracturas complejas Cortes profundos por arma blanca o mordeduras de animales Quemaduras moderadas o graves Envenenamiento o sospecha de envenenamiento Convulsiones o pérdida de conocimiento Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda Hemorragia incontrolable
 MÁS BAJO costo	 BAJO costo	 MÁS ALTO costo

Si usted o su dependiente sufre una hemorragia incontrolada, sobredosis, dolor torácico, dificultad para respirar, traumatismo craneoencefálico, visión borrosa, traumatismo grave o problemas similares que pongan en peligro su vida o la de sus miembros, debe llamar al 911 o pedir a alguien que le lleve a la sala de emergencias más cercana.

Telemedicina - My Catholic Doctor



MyCatholicDoctor es una NUEVA organización de telesalud/atención virtual que pone a disposición de los pacientes un equipo de fieles profesionales médicos a través de consultas médicas por video en casi cualquier teléfono inteligente, computadora o tableta. MyCatholicDoctor practica la medicina científica basada en evidencia y también integra la espiritualidad católica en su atención médica según sea apropiado a la situación y sus capacidades.

MyCatholicDoctor recluta continuamente médicos y otros profesionales de atención médica que deseen integrar la fe católica en su práctica.

¿Por qué elegir MyCatholicDoctor?

- Acceso directo a proveedores de atención médica compasivos y fieles a través de su teléfono inteligente o computadora
- Proveedores que integran la espiritualidad católica en su atención según sea necesario
- Laboratorios y pruebas solicitados y programados localmente
- Sus recetas se envían electrónicamente a su farmacia local
- Las visitas son convenientes, privadas y seguras
- Evite los altos costos y las molestias de los centros de atención de urgencia y las salas de emergencia. Aceptamos la mayoría de los planes de seguro y acciones de salud.

Lista de servicios*

- Plataforma de telesalud
- Telesalud urgente de acceso rápido**
- Atención primaria virtual
- \$0 de copago en planes POS y HDHP
- Consulta especializada
- Planificación familiar natural/Educación sobre concienciación sobre la fertilidad
- Educación sobre la pubertad para adolescentes y padres
- Atención de la salud mental
- Cobertura no local
- Servicios de laboratorio

*POS: se aplican copagos, deducibles y coseguros
HDHP: se aplican deducibles y coseguros

Visite mycatholicdoctor.com para que un médico lo atienda de inmediato a través de una visita virtual de telesalud, busque una lista completa de profesionales médicos en su estado, programe una cita u obtenga más información sobre MyCatholicDoctor.



Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)

Una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) funciona con un plan de salud calificado y le permite pagar los gastos de atención médica no cubiertos por el seguro utilizando dinero antes de impuestos. Su HSA se financia mediante deducciones en la nómina antes de impuestos en una cuenta personal. Los fondos se transfieren de un año a otro y siguen siendo suyos aunque cambie de empleador.

El plan de salud con deducible alto que ofrece la Diócesis de San Petersburgo es un plan calificado. El IRS regula las Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos y ha establecido las siguientes normas sobre quién puede abrir una HSA:

Debe inscribirse en un plan HSA calificado (Plan de salud con deducible alto)

No puede tener ninguna otra "cobertura del primer dólar" (es decir, el plan de copago del cónyuge)

No es un dependiente de la declaración de impuestos de otra persona

No está inscrito en Medicare

Su cónyuge no puede participar en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)

La diócesis de San Petersburgo se ha asociado con Paylocity para administrar la HSA. Paylocity le proporcionará una tarjeta de débito que le permitirá pagar gastos médicos calificados (deducibles, etc.) directamente de su cuenta HSA. Paylocity enviará automáticamente una tarjeta de sustitución cerca de la fecha de renovación impresa en su tarjeta.

Límites de aporte para 2024: Cobertura personal \$4150
Cobertura familiar \$8300

Cuando planifique su aporte, recuerde incluir el monto del aporte del empleador para que el total combinado no supere los límites arriba indicados.

Los participantes mayores de 55 años que no tengan Medicare pueden aportar el monto máximo anual y añadir un aporte "de nivelación" de \$1000 .

*Los empleados mayores de 65 años que participan en Medicare Parte A o B no pueden tener una cuenta bancaria HAS.

Aporte del empleador

Para ayudar a compensar sus gastos de bolsillo del Plan de Salud con Deducible Alto, la Diócesis de San Petersburgo aportará a su HSA según el siguiente cronograma:

Fecha de contratación	Solo Empleado	Empleado y dependientes
Del 1 de enero al 30 de junio	\$650	\$1300
Del 1 de julio al 31 de diciembre	\$325	\$650

Todos los empleados inscritos en el plan médico calificado HSA deben iniciar sesión en Paylocity y configurar su cuenta HSA con el fin de recibir el aporte de la Diócesis, incluso si usted no va a realizar ningún aporte a la HSA.

Ejemplos de gastos calificados



Deducibles

Copagos

Copagos odontológicos

Copagos por prescripción médica

Lentes

Lentes de contacto

Vendas

Medicamentos de venta libre

Férulas

Frenillos

Silla de ruedas

Muletas



Los participantes de la HSA son responsables de informar anualmente de los aportes y distribuciones de la HSA al IRS como anexo a su formulario 1040 del IRS. Si se produce una auditoría de su declaración de impuestos, para evitar un recargo, tendrá que justificar que los gastos fueron calificados presentando recibos o una Explicación de Beneficios (EOB).

Preguntas frecuentes sobre las HSA

¿Cómo funciona una HSA?

Las HSA funcionan en conjunto con un HDHP. El dinero que deposita en su HSA hasta el máximo de aporte anual es 100% deducible de impuestos del impuesto federal sobre la renta, del impuesto FICA (Seguro Social y Medicare) y, en la mayoría de los estados, del impuesto estatal sobre la renta. Esto hace que los dólares de la HSA estén libres de impuestos. Puede utilizar estos dólares libres de impuestos para pagar gastos no cubiertos por su HDHP hasta que usted haya alcanzado su deducible.

La compañía de seguros paga los gastos médicos cubiertos por encima de su deducible, excepto cualquier coseguro; usted puede pagar los costos de coseguro con dinero libre de impuestos de su HSA. Además, puede utilizar el dinero libre de impuestos de su HSA para pagar gastos médicos calificados no cubiertos por el HDHP, como medicamentos odontológicos, oftalmológicos y alternativos.

Aportes

Los aportes libres de impuestos a su HSA se pueden realizar de varias maneras, incluyendo:

1. Aportes de nómina antes de impuestos
2. Transferencias de pagos en línea: transfiera fondos directamente a su HSA desde su cuenta corriente o de ahorros personal vinculada.
3. Traspasar o transferir una cuenta IRA (cuenta individual de jubilación) a una HSA, pero solo una vez en la vida.

Distribuciones

Las distribuciones de su HSA se utilizan para pagar gastos médicos calificados. Esto se puede hacer mediante los siguientes métodos:

1. Pagar compras y servicios médicos utilizando su Tarjeta de Débito.
2. Utilizar el pago de facturas en línea a través de su Portal de Empleados Paylocity HSA en línea.
3. Solicitar el autorreembolso a través del portal en línea cuando ya haya pagado de su bolsillo gastos calificados.

A menos que se trate de personas discapacitadas, mayores de 65 años o fallecidas durante el año, deben pagar impuestos sobre la renta más un porcentaje adicional (determinado por el IRS) sobre cualquier monto no utilizado para gastos médicos calificados. Las personas discapacitadas o que cumplan 65 años pueden recibir distribuciones no médicas sin recargo, pero deben declarar la distribución como ingreso sujeto a impuestos.

Si ya no es elegible para aportar porque está inscrito en los beneficios de Medicare, o ya no está cubierto por un HDHP calificado, las distribuciones utilizadas exclusivamente para pagar gastos médicos calificados continúan estando libres de impuestos federales y estatales (para la mayoría de los estados) y excluido de su ingreso bruto.

¿Cómo puedo invertir?

Consulte el documento Opciones de inversión de HSA para obtener una lista de las inversiones disponibles para usted junto con su tasa de rentabilidad. A través de su portal de inversión, puede elegir qué fondos mutuos desea comprar y vender.

¿En qué se diferencian las HSA de las Cuentas de Gastos Flexibles Médicos (FSA)?

Tanto las HSA como las FSA le permiten pagar gastos médicos calificados con dinero antes de impuestos. Sin embargo, una diferencia clave es que los saldos de la HSA se pueden transferir de un año a otro, mientras que el dinero de la FSA que no se gasta al final del año se limita a un traspaso de \$500 al siguiente año del plan O a un período de gracia. Es posible que el empleador de su cónyuge le ofrezca la posibilidad de inscribirse en una FSA para fines limitados. Puede optar por utilizar una FSA con fines limitados para pagar los gastos odontológicos y oftalmológicos elegibles y ahorrar el dinero de su HSA para futuras necesidades de atención médica. Puede utilizar dólares de la FSA de propósito limitado para reembolsarse los gastos no cubiertos por su plan de salud con deducible alto, como por ejemplo:

1. Gastos de visión, incluidas gafas, monturas, lentes de contacto, gafas de sol graduadas, gafas protectoras, copagos de visión, honorarios de optometristas u oftalmólogos y cirugía ocular correctiva.
2. Gastos odontológicos, incluidos: Atención odontológica, deducibles y copagos, aparatos de ortodoncia, radiografías, empastes y prótesis dentales.

¿Cuáles son las ventajas fiscales de tener una HSA? Triple ahorro fiscal:

- Los aportes y los ingresos están exentos de impuestos.
- Los retiros están libres de impuestos cuando se realizan para gastos de atención médica elegibles.

¿Puedo utilizar mi HSA para pagar primas?

No, este sería un retiro no médico, sujeto a impuestos y cargos. Excepciones. No se aplicarán recargos ni impuestos si el dinero se retira para pagar primas de:

1. Seguro de atención a largo plazo calificado; o
2. Seguro médico mientras recibe compensación por desempleo federal o estatal; o
3. Planes de cobertura de continuación, como COBRA, requeridos por cualquier ley federal; o
4. Determinadas primas de Medicare después de los 65 años.

¿Puedo utilizar el dinero de mi HSA para pagar la atención médica de un miembro de la familia?

Generalmente sí. Los gastos médicos calificados incluyen los gastos médicos no reembolsados del titular de la cuenta, su cónyuge o sus dependientes.

¿Puedo tener más de una HSA?

Sí, puede tener más de una HSA y puede aportar a todas ellas, si actualmente está inscrito en un HDHP. Sin embargo, esto no le proporciona ninguna ventaja fiscal adicional, ya que el total de los aportes a sus cuentas no puede superar el límite máximo anual de aporte. Los aportes de su empleador, familiares o cualquier otra persona deben incluirse en el total.

Preguntas frecuentes sobre las HSA

¿Qué es un gasto médico calificado?

Un gasto médico calificado es un gasto por atención médica según la definición del artículo 213(d) del Código de Rentas Internas. Los gastos deben ser principalmente para aliviar o prevenir un defecto o una enfermedad física o mental, incluidos los odontológicos y oftalmológicos. La mayor parte de los gastos de atención médica corresponderán a la Sección 213(d) del IRC. Por lo general, el dinero de la HSA no puede utilizarse para pagar las primas de su seguro.

Algunos ejemplos de gastos que no califican son:

- Cirugía por motivos puramente estéticos
- Cuotas de gimnasios • Operaciones o tratamientos ilegales
- Pasta de dientes, artículos de tocador, cosméticos o ropa de maternidad

*Consulte las Publicaciones 502 del IRS ("Gastos médicos y odontológicos") y 969 ("Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos y otros planes de salud con ventajas impositivas") para obtener información.

¿Qué sucede con mi HSA si dejo mi trabajo o dejo a mi empleador?

Su HSA es portátil. Esto significa que puede llevarse su HSA cuando se vaya y seguir utilizando los fondos que ha acumulado.

¿Qué ocurre con el dinero de mi HSA después de cumplir 65 años?

A partir de los 65 años, sus fondos siguen estando disponibles sin impuestos federales ni estatales (para la mayoría de los estados) para gastos médicos calificados; por ejemplo, puede utilizar su HSA para pagar determinadas primas de seguro, como las Partes A y B de Medicare, Medicare HMO o su parte de la cobertura médica para jubilados ofrecida por un antiguo empleador. Los fondos no se pueden utilizar libres de impuestos para comprar pólizas complementarias de Medigap o Medicare. Si utiliza sus fondos para gastos médicos calificados, las distribuciones de su cuenta permanecen libres de impuestos. Si utiliza el dinero para gastos no calificados, la distribución pasa a estar sujeta a impuestos, pero estará exenta del recargo del 20 por ciento. Al inscribirse en Medicare, ya no será elegible para aportar a su HSA. Si cumple 65 años o queda discapacitado, puede seguir aportando a su HSA si no se ha inscrito en Medicare. Tenga en cuenta que para algunas personas la inscripción a Medicare es automática.

¿Es elegible para una cuenta de ahorros para gastos médicos?

¿Está cubierto por un Plan de Salud con Deducible Alto Calificado? (QHDHP)



¿Ha estado inscrito en un plan médico/Rx no preventivo de Medicare, Tricare, VA o HIS en los últimos 3 meses?



¿Se le declara como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?



¿Tiene usted (O SU CÓNYUGE) una Cuenta de Gastos Flexible (FSA)?



¿Es una FSA de propósito limitado?



¡LO SENTIMOS!

Lamentablemente, usted no es elegible para una cuenta de ahorros para gastos médicos.

Una HSA es un beneficio fiscal muy regulado por el IRS. Existen determinados requisitos para ser considerado calificado para aportar con dinero antes de impuestos.

Usted aún es elegible para participar en el QHDHP, pero no es elegible para financiar una HSA para pagar gastos de bolsillo.

¡FELICIDADES!

¡Usted es elegible para realizar aportes antes de impuestos a una cuenta de ahorros para gastos médicos!

¿Por qué elegir la HSA?

Para ayudarle a determinar si una HSA es adecuada para usted, hemos reunido algunas ilustraciones que comparan las implicaciones financieras de varios escenarios de atención médica. Tenga en cuenta que estos son solo para fines ilustrativos y no son una garantía de gastos.

Empleado 1: Cobertura Única - Pocos usuarios

	HDHP Participante	POS Participante	Notas
Visita al consultorio del médico de cabecera: Examen físico anual	\$0.00	\$0.00	Nunca se realiza un cargo por exámenes físicos
Visita al consultorio del médico de cabecera: 2 visitas al año por enfermedad	\$150.00	\$80.00	Supone una tarifa contratada de \$75
Receta mensual genérica - Atrovastatina	\$105.00	\$120.00	Costo del plan HDHP basado en GoodRx
Prima anual (deducción en la nómina)	\$0.00	\$1332.00	
Depósito anual HSA del DOSP	\$650.00	\$0.00	
Gasto total anual	-\$395.00	\$1532.00	

Empleado 2: Cobertura ES - Usuarios moderados

	HDHP Participante	POS Participante	Notas
Visita al consultorio del médico de cabecera: Examen físico anual	\$0.00	\$0.00	Nunca se realiza un cargo por exámenes físicos
Visita al consultorio del médico de cabecera: 2 visitas al año por enfermedad	\$150.00	\$80.00	Supone una tarifa contratada de \$75
Radiografías	\$200.00	\$0.00	Supone una tarifa contratada de \$200
Resonancia magnética - cuello con contraste	\$600.00	\$600.00	Supone una tarifa contratada de \$600
Receta mensual genérica - Nadolol	\$204.00	\$120.00	Costo del plan HDHP basado en GoodRx
Receta mensual genérica - Atrovastatina	\$105.00	\$120.00	Costo del plan HDHP basado en GoodRx
Prima anual (deducción en la nómina)	\$6252.00	\$8928.00	
Depósito anual HSA del DOSP	\$1300.00	\$0.00	
Gasto total anual	\$6211.00	\$9848.00	

Empleado 3: Cobertura FAM - Estadía en el hospital del cónyuge

	HDHP Participante	POS Participante	Notas
Estadía en el hospital del cónyuge (\$50 000)	\$7000.00	\$4000.00	Gastos máximos de bolsillo del cónyuge
Visita al consultorio del médico de cabecera: Examen físico anual 4 veces	\$0.00	\$0.00	Nunca se realiza un cargo por exámenes físicos
Visita al consultorio del médico de cabecera: 6 visitas al año por enfermedad (2 para el cónyuge)	\$0.00	\$160.00	Sin costo para el HDHP ya que se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar.
Radiografías (aprox. \$200) por hijo	\$0.00	\$0.00	Sin costo para el HDHP ya que se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar.
Resonancia magnética (aprox. \$600) para el cónyuge	\$0.00	\$0.00	Sin costo para el HDHP ya que se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar.
Receta mensual genérica - Nadolol (para EE)	\$0.00	\$120.00	Sin costo para el HDHP ya que se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar.
Receta mensual genérica - Atrovastatina (para el cónyuge)	\$0.00	\$120.00	Sin costo para el HDHP ya que se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar.
Medicamentos especiales para niños/Humira (\$6000 al mes)	\$0.00	\$3600.00	Límite basado en el máximo de gastos de bolsillo familiar
Prima anual (deducción en la nómina)	\$8172.00	\$11 364.00	
Depósito anual HSA del DOSP	\$1300.00	\$0.00	
Gasto total anual	\$6872.00	\$15 364.00	

Cuenta de Gastos Flexibles

Las Cuentas de Gastos Flexibles son una forma estupenda de ayudarle a ahorrar dinero en determinados gastos para la atención médica y para la atención de dependientes. Puede reservar una parte de su salario antes de impuestos para ahorrar en gastos médicos, de medicamentos con recetas, odontológicos, oftalmológicos y de guardería.

Existen dos tipos de cuentas FSA:

FSA para atención médica: esta cuenta se utiliza para pagar los gastos médicos elegibles de bolsillo no cubiertos por el seguro.

FSA para atención de dependientes : se utiliza para pagar los gastos elegibles del cuidado de niños o ancianos, incluidas las guarderías, el cuidado antes y después de la escuela y los campamentos de verano.

¿Cómo utilizo mi FSA?

Cuando se inscriba en la FSA para atención médica, recibirá automáticamente una tarjeta de cuenta de gastos. La tarjeta se utiliza como una tarjeta de crédito para pagar las compras de atención médica elegibles. Los fondos se deducen automáticamente de su cuenta FSA. Esto ayuda a reducir el número de reclamos de reembolso que hay que presentar y le da acceso inmediato a sus fondos. Los gastos para la atención de dependientes deben presentarse con los recibos o documentación adecuados para su reembolso.

¿Qué pasa con los fondos si no los utilizo?

Como las FSA tienen ventajas fiscales, el IRS les impone unas directrices. Un saldo de cuenta de hasta \$610 se puede transferir al siguiente año del plan, pero tenga en cuenta que se perderá cualquier monto que supere el umbral de traslado. Es importante planificar cuidadosamente al determinar cuánto desea aportar.

¿Cómo puedo inscribirme?

Al elegir la FSA durante su período anual de inscripción abierta. Una vez que haya determinado su elección anual de la FSA, su empleador deduce el monto de su salario antes de impuestos durante todo el año.

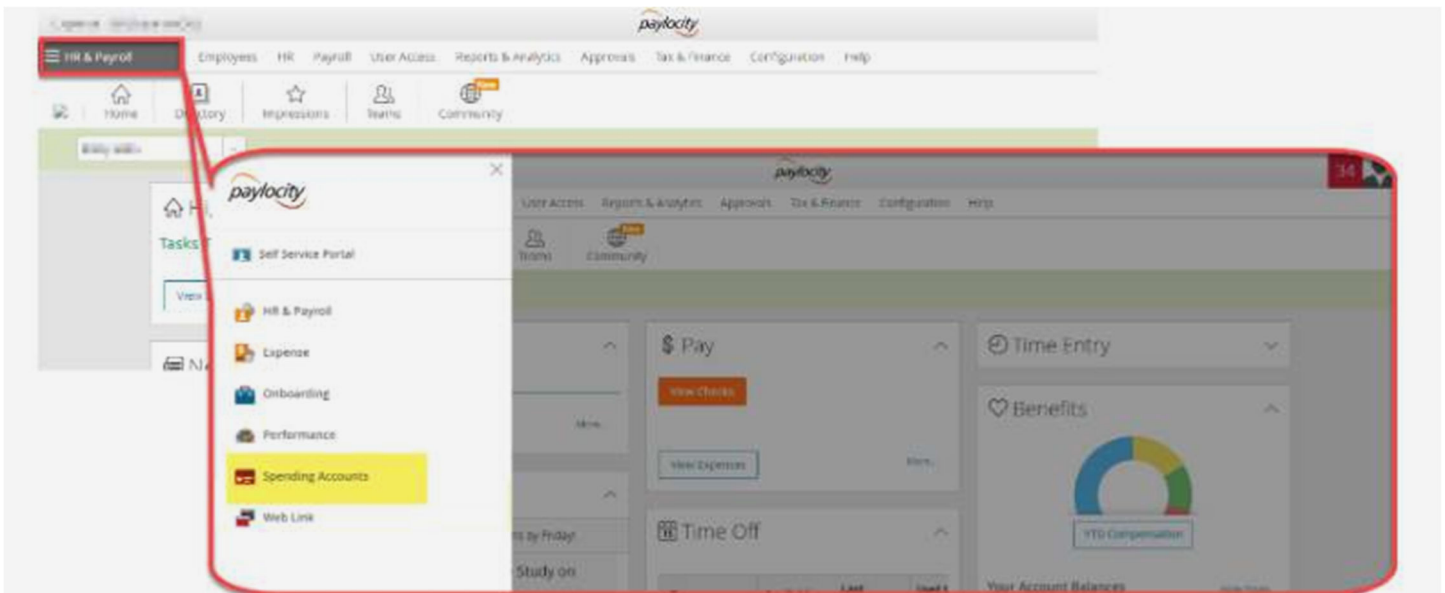
¿Puedo participar en la FSA si estoy inscrito en el Plan de Salud con Deducible Alto y en la HSA?

No, si tiene una HSA, usted no puede tener también una FSA

Elección anual máxima para 2024	
FSA para atención médica	\$3200
FSA para atención de dependientes	\$5000

Acceda a las cuentas de gastos a través del portal de autoservicio

1. Navegue al portal de autoservicio
2. Revise el cuadro de **Beneficios** para obtener información sobre la cuenta y el saldo.
3. Seleccione **Cuentas de gastos** para visualizar la pestaña Descripción general de sus cuentas de gastos. O vaya a **Cuentas de gastos** desde el menú principal.



 Benefits 


YTD Compensation

Your Account Balances [Hide Totals](#)

Health Savings Account	\$9,853.45
Transportation	\$85.00

[Spending Accounts](#)

[Dependents](#)
[Retirement Plans](#)
[Benefits](#)

Precertificación

La clave para su buena salud

Puede ayudarle a garantizar que usted y su familia obtengan atención médica de calidad cuando y donde la necesiten. El programa de Gestión Médica de Quantum Health está diseñado para garantizar que usted y sus dependientes elegibles reciban la atención médica adecuada y, al mismo tiempo, eviten gastos innecesarios.

Es fácil precertificar

Con frecuencia, su proveedor se encargará de su precertificación, pero como participante activo en su atención médica, puede llamarnos para comenzar el proceso. Para precertificar la atención, deberá llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación y facilitar información sobre el paciente, el proveedor y el procedimiento. Luego, un equipo especial de gestión médica revisará su plan de tratamiento. Su equipo le ayudará a asegurarse de que reciba la atención adecuada, en el momento adecuado y durante el tiempo adecuado.

Puede verificar los servicios que requieren precertificación en el folleto de su plan de salud. También puede llamar al servicio de atención al cliente utilizando el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Es importante recordar que si no recibimos su precertificación, es posible que tenga una responsabilidad financiera adicional por sus servicios de atención médica.



¡Descargue la aplicación móvil y tenga acceso a sus beneficios médicos y al Coordinador de atención al alcance de su mano!

- Programe una llamada
 - Chat en vivo
- Póngase en contacto con sus coordinadores de atención
 - Asesoría médica
 - ¡Mucho más!

MYDOSPBenefits.com 844-460-2787
De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 10:00 p. m. EST

Usted tiene derecho a apelar

Si usted o su médico no están satisfechos con la decisión del equipo de gestión médica, tienen derecho a apelar este resultado. Puede encontrar los pasos para el proceso de apelación en el folleto de su plan de salud. Si tiene alguna pregunta sobre la precertificación, podemos ayudarle. Solo tiene que llamar a Quantum Health al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Este material se proporciona como una herramienta informativa. Se recomienda que los planes consulten con sus propios expertos o asesores para revisar todos los requisitos legales, federales y estatales aplicables que puedan aplicarse a su plan de salud grupal. Al proporcionar esta publicación y cualquier archivo adjunto, Meritain Health no ejerce autoridad discrecional sobre el plan y no asume una función fiduciaria del plan, ni Meritain Health proporciona asesoramiento legal.

SI HAY UNA MEJOR FORMA DE
QUE EXPERIMENTE LA ATENCIÓN MÉDICA,
LA ENCONTRAREMOS.



Detalles de la Recompensa de Healthcare Bluebook Go Green to Get Green

¿Cómo puedo saber si soy elegible para participar en el programa de recompensas Go Green to Get Green?

Si usted es un empleado actual con cobertura de seguro médico activa al momento del servicio de atención médica, usted y sus dependientes cubiertos son elegibles para participar en el programa de recompensas Go Green to Get Green.

¿Cómo puedo calificar a una recompensa?

Calificar para una recompensa es un proceso sencillo de dos pasos.

1. Utilice Healthcare Bluebook para adquirir su servicio de atención médica el día del servicio o antes. Puede comprar con Healthcare Bluebook de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Inicie sesión y busque en el sitio web de Healthcare Bluebook
 - Inicie sesión y busque en la aplicación móvil Healthcare Bluebook
 - Llame a los servicios para miembros de Healthcare Bluebook al 800-341-0504
 - Póngase en contacto con los servicios para miembros de Healthcare Bluebook iniciando sesión y seleccionando Contáctenos
2. Utilice una centro Fair Price™ (clasificada como verde), específicamente:
 - Para los servicios ambulatorios elegibles para la recompensa, utilice un centro con una clasificación de precios verde para calificar para la recompensa.
 - En el caso de los servicios de hospitalización elegibles, utilice un centro con una clasificación de calidad verde y una clasificación de precios verde para calificar para el monto máximo de recompensa. Alternativamente, utilice un centro con una clasificación de calidad verde y una clasificación de precio amarilla para calificar para un monto de recompensa menor.

¡Así de sencillo!

¿Cómo pueden los miembros de mi familia calificar para una recompensa?

Usted, el miembro, puede utilizar Healthcare Bluebook para comprar servicios médicos para sus dependientes cubiertos. Si utilizan una centro Fair Price™ (clasificada como verde), entonces la recompensa se le entregará a usted.

Si sus dependientes cubiertos tienen acceso a Healthcare Bluebook, también podrán comprar para usted y entre ellos. Sin embargo, la recompensa siempre se otorga a usted, el inscrito.

¿Tengo que comprar por separado varios servicios?

No. Usted puede comprar varios servicios al mismo tiempo. Por ejemplo, si consulta una resonancia magnética y una operación de hombro durante una visita al sitio web de Healthcare Bluebook, obtendrá crédito de compra por cada una de ellas. Luego, si utiliza un centro Fair Price™ (clasificada como verde) para ambos servicios, obtendrá una recompensa por cada uno.

¿Puedo recibir una recompensa independientemente de cuándo compre?

No. Debe utilizar Healthcare Bluebook dentro de los 12 meses anteriores a recibir su servicio, incluso hasta el mismo día del servicio. Sin embargo, si utiliza Healthcare Bluebook y después retrasa un servicio más de un año, asegúrese de volver a utilizar Healthcare Bluebook antes de recibir ese servicio.

¿Qué ocurre si mi servicio ya está programado en un centro Fair Price™ (clasificada como verde)?

¡Esas son buenas noticias! Ahora todo lo que necesita hacer es utilizar Healthcare Bluebook antes de recibir ese servicio para calificar para una recompensa.

¿Mi información de salud se mantiene privada ?

Sí. Healthcare Bluebook no comparte información acerca de los servicios de atención médica recibida de usted, el inscrito, o de sus dependientes, con su empleador. Toda la información de atención médica se mantiene confidencial.

Acerca del programa de recompensas Go Green to Get Green:

- Las recompensas se procesarán mensualmente. Las recompensas pueden retrasarse debido al tiempo que tardan en facturarse y procesarse las reclamaciones.
- Las recompensas se envían por correo a su domicilio y van dirigidas al empleado, independientemente de qué miembro de la familia reciba atención.
- Las recompensas van acompañadas de una carta explicativa.
- Es posible que reciba varias recompensas por procedimientos realizados el mismo día. Por ejemplo, a veces un paciente puede necesitar una resonancia magnética de rodilla y una resonancia magnética de cadera el mismo día. En este caso, el paciente recibiría una recompensa independiente por utilizar un proveedor de alto valor para ambos servicios.
- Su empleador se reserva el derecho a modificar o discontinuar los programas de recompensa en cualquier momento.

Healthcare Bluebook

1

ACCEDER A HEALTHCARE BLUEBOOK

En su PC, laptop y tablet:
meritain.com

En su teléfono móvil: Descargue la aplicación.

Código móvil: **MERITAIN**

2

BUSCAR EN BLUEBOOK ANTES DE PROGRAMAR

Debe buscar su procedimiento mediante Healthcare Bluebook en o hasta 12 meses antes de la fecha del servicio y utilice un centro **Fair Price™** para que su procedimiento califique.

Siempre verifique el estado de la red antes de programar.

3

CALIFICAR A UNA RECOMPENSA

1. Antes de programar la cita, adquiera su procedimiento en **Healthcare Bluebook**
2. Utilice un centro **Fair Price™** de su elección
3. Obtenga hasta una recompensa de **\$1500** en procedimientos elegibles

No se requieren formularios ni pasos adicionales. ¡Es automático!

Los dependientes también son elegibles para las recompensas. El plazo de tramitación es de 60 a 90 días. Se requiere una participación activa para obtener recompensas.

Hasta
\$1500
de recompensa
por
procedimiento

Lista de procedimientos habituales de recompensa

Consulte la lista completa en healthcarebluebook.com/cc/MERITAINDOSP/rewards

Resonancias magnéticas - \$100
TAC - \$100
Colonoscopia - \$150
OP Cirugía de rodilla - \$350
OP Cirugía de hombro - \$350
Estudio del sueño - \$125

Cirugía de cataratas - \$150
Reemplazos de articulaciones - \$1000
Fusiones espinales - \$1500
Ultrasonidos - \$35
Endoscopia gastrointestinal superior - \$150



¡Revíselo!

meritain.com

800-341-0504

Descargue la
aplicación



Código móvil:
MERITAIN



Healthcare Bluebook.

Gestión de la atención

Si no sabe por dónde empezar, consulte a su Coordinador de atención de Quantum Health.



P: ¿Puede alguien explicarme mi factura médica?

R: Sus coordinadores de atención de Quantum Health son expertos en explicarle los planes de salud de su empleador y ayudarle a entender incluso las facturas médicas más complejas.

P: ¿Cómo puedo sustituir mi tarjeta de identificación médica?

R: Solo tiene que llamar a su coordinador de atención o visitar el sitio web para miembros: gettelbenefits.com para solicitar una nueva y le enviaremos una por correo de inmediato. También puede solicitar una sustitución y descargarla en su teléfono con la aplicación móvil Quantum Health - Coordinador de atención.

P: ¿Está mi médico dentro de la red?

R: Una excelente manera de evitar cargos sorpresa es verificar que su médico esté en la red de su plan antes de su cita. Podemos ayudarle a averiguarlo con solo un toque, un clic o una llamada a través de su aplicación móvil, el portal para miembros o el número de teléfono gratuito de Coordinador de atención.

P: ¿Qué pasa si tengo preguntas sobre mi plan de tratamiento?

R: Está bien tener preguntas sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Obtenga ayuda y orientación de un coordinador de atención de enfermería de Quantum Health siempre que no esté seguro de su atención.

P: ¿Puede alguien ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?

R: Trabajaremos con usted y su médico para controlar su enfermedad crónica. Contáctenos para obtener ayuda con sus recetas, referencias, elegibilidad de seguro y reclamos, así como recursos útiles para nutrición, ejercicio y más.

P: ¿Cómo puedo saber si mi resonancia magnética u otra prueba está cubierta?

R: Muchos procedimientos y servicios requieren una certificación previa para verificar la cobertura. Póngase en contacto con su coordinador de atención para garantizar la cobertura dentro de la red de su plan de salud antes de su cita.

P: ¿Cómo puedo ahorrar en medicamentos con receta?

R: Podemos ayudarle a encontrar precios más bajos en sus recetas investigando alternativas, utilizando programas de ahorro y recurriendo a nuestro equipo interno de farmacia, si es necesario.



¡Descargue la aplicación móvil y tenga acceso a sus beneficios médicos y al Coordinador de atención al alcance de su mano!

- Programe una llamada
 - Chat en vivo
- Póngase en contacto con sus coordinadores de atención
 - Asesoría médica
 - ¡Mucho más!

MYDOSPBenefits.com 844-460-2787

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 10:00 p. m. EST





Vencer el dolor de espalda y de articulaciones Sin medicamentos ni encuestas

Le proporcionamos todas las herramientas que necesita para ponerse en movimiento nuevamente desde la comodidad de su hogar. Tendrá una terapia de ejercicios adaptada a sus necesidades, tecnología para recibir comentarios instantáneos en la aplicación, un asesor personal y un fisioterapeuta. Y lo mejor de todo es **que es gratuito**: está cubierto al 100% por el DOSP para usted y sus familiares elegibles.

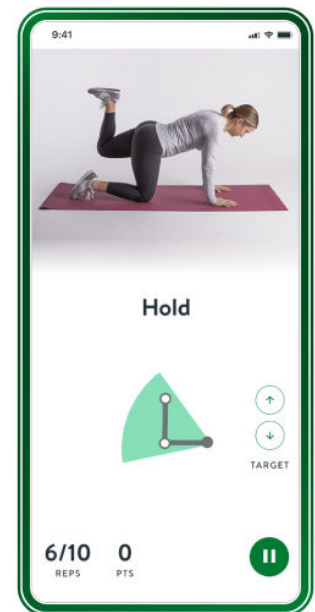
Inscríbase hoy mismo para recibir ayuda con cualquiera de los siguientes aspectos:

- **Vencer el dolor o la limitación de movimientos**
- **Recuperarse de una lesión anterior**
- **Reducir la rigidez de las articulaciones doloridas**

Únase para mejorar su **espalda, rodilla, cadera, cuello u hombro**.
¡En promedio, los participantes redujeron su dolor hasta en un 68%*!



Escanee el código QR para más información
o llame al (855) 902-2777



*Participantes con dolor crónico de rodilla y espalda después de 12 semanas. Bailey, et al. Atención digital para el dolor musculoesquelético crónico: Estudio longitudinal de cohorte con 10 000 participantes. JMIR. (2020).

Plan odontológico - Guardian

Los miembros pueden optar por visitar proveedores dentro o fuera de la red. El uso de proveedores dentro de la red resultará en menores gastos de bolsillo.

	Dentro de la red (DentalGuard Preferred)	Fuera de la red
Deducible anual - Exento para servicios preventivos		
Individual		\$125
Límite familiar		Hasta \$375
Máximo anual		
Por persona/familia		\$2000 más traslado máximo
Servicios preventivos (responsabilidad del miembro) Exámenes Limpiezas Radiografías		0% Sin deducible 2 veces cada 12 meses
Servicios básicos (Responsabilidad del miembro) Empastes Endodoncias Periodoncia Extracciones		20% después del deducible
Servicios principales (Responsabilidad del miembro) Coronas Puentes Implantes Dentaduras postizas		20% después del deducible
Ortodoncia		
Porcentaje del beneficio		No cubierto
Período de espera para quienes se inscriben tarde		
Servicios básicos		6 meses
Servicios principales		12 meses

*Los dentistas fuera de la red pueden facturar saldos por cargos superiores a lo razonable y habitual.

Máximo traslado odontológico®

Guardian transferirá una parte de su dinero no utilizado en su traslado máximo personal. Cuenta (MRA). Si alcanza su Máximo Anual en los próximos años, usted puede utilizar el dinero de su MRA. Para calificar, debe tener un reclamo pagado (no solo una visita) y no haber excedido el umbral de reclamos pagados durante el año de beneficios. Consulte los documentos de su plan para obtener más detalles sobre los umbrales y los límites de MRA.

Umbral de traslado: \$800

Monto del traslado: \$400

Monto del traslado dentro de la red: \$600

Límite del traslado de cuenta: \$1500



Deducciones en la nómina del plan odontológico - (Mensuales)

Empleado	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$29.94
Empleado e hijo(s)	\$19.90
Empleado y familia	\$38.04

Plan oftalmológico- Guardian

La Diócesis ofrece un plan oftalmológico a través de Guardian con VSP Network. Este plan oftalmológico ofrece cobertura dentro y fuera de la red.

Cobertura de beneficios		
Beneficios dentro de la red		Beneficios fuera de la red
Examen	\$10 de copago	Hasta \$59
Lentes		
Bifocales	\$25 de copago	Hasta \$30
Simple		Hasta \$50
Trifocales		Hasta \$65
Monturas		
Monturas	\$130 de asignación después de \$25 de copago	Hasta \$70
Monturas Costco	\$70 de asignación después de \$25 de copago	
	20% de descuento sobre el saldo	
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)		
Adaptación y Evaluación	\$60 de asignación	N/C
Lentes de contacto electivas	\$200 de asignación	Hasta \$120
Frecuencia: una vez cada:		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Lentes/Lentes de Contacto	Una vez cada 12 meses	
Monturas	Una vez cada 24 meses	

Solo dentro de la red: Descuentos disponibles para la corrección de la vista con láser



Deducciones en la nómina del plan oftalmológico - (Mensuales)

Empleado	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$6.59
Empleado e hijo(s)	\$3.85
Empleado y familia	\$8.35



Vida y discapacidad - Guardian

Seguro básico de vida y muerte accidental y desmembramiento

1 vez (1x) su salario anual hasta \$150 000

Cobertura adicional disponible.

Reducción por edad: 35% a los 70 años

Asegúrese de que Recursos Humanos tenga su designación de beneficiarios más actualizada. Puede designar un beneficiario en su sitio web anual de elección de beneficios y solicitar cambios o en cualquier momento poniéndose en contacto con Recursos Humanos.

Plan de discapacidad a corto plazo

Proporciona una sustitución de ingresos del 60% hasta \$1250 por semana. Los beneficios comienzan el día 15 por discapacidad calificada. El período máximo de beneficio es de 11 semanas.

Plan de discapacidad a largo plazo

Proporciona una sustitución de ingresos del 60% hasta \$5000 por mes. Los beneficios por discapacidad calificada comienzan después de 90 días o al final del período máximo de beneficios por discapacidad a corto plazo, lo que ocurra más tarde. La cobertura continúa hasta la edad de jubilación normal del Seguro Social.

Se aplican limitaciones por afecciones preexistentes.

Seguro complementario de vida voluntario y AD&D

Puede contratar un seguro complementario de vida y AD&D mediante deducciones en la nómina para usted y sus dependientes. Para elegir la cobertura para su cónyuge y/o hijos dependientes, debe elegir una cobertura complementaria de vida para usted. Las tarifas de los empleados varían en función de su edad y del monto del beneficio. La cobertura es transferible si deja la compañía.

La prima del cónyuge se basa en la edad del empleado.

Seguro de vida : El empleado puede elegir un monto entre \$10 000 y \$500 000 en incrementos de \$10 000.

Emisión garantizada: \$100 000.

Seguro de vida para el cónyuge : El empleado puede elegir montos de seguro complementario de vida para el cónyuge en incrementos de \$1000 hasta \$50 000. La cobertura de vida del cónyuge no podrá exceder el 50% de la cobertura del empleado. La cobertura para el cónyuge finaliza cuando el cónyuge cumple 70 años.

Emisión garantizada: \$50 000.

Seguro de vida para hijos: Un monto comprendido entre \$1000 y \$10 000, en incrementos de \$1000 por cada hijo hasta los 19 años de edad (o 26 años si es estudiante a tiempo completo). El beneficio desde el nacimiento hasta los 14 días es de \$500. La prima cubre a todos los hijos elegibles .



Nota importante para los empleados que contratan un seguro complementario de vida

Durante este período de inscripción abierta, todos los empleados actualmente inscritos pueden adquirir o aumentar su cobertura hasta el monto de emisión garantizado sin responder a las preguntas médicas del formulario de la Constancia de Asegurabilidad (EOI).

- **Los empleados que estén actualmente inscritos pueden aumentar su monto de Vida Voluntaria en 50k o hasta el monto de emisión garantizado de 100k sin EOI. La EOI es necesaria para cualquier monto si se inscribe como participante tardío.**
- **Los cónyuges deben presentar una EOI para cualquier aumento y en caso de inscripción tardía.**
- **La EOI no es necesaria para los hijos.**

Ofertas voluntarias - Lugar de trabajo - Guardian

Lugar de trabajo - Guardian

Cobertura grupal voluntaria contra accidentes -

H.S.A. Compatible con HDHP

El Seguro Grupal Voluntario contra Accidentes paga beneficios por accidentes fuera del trabajo, más algunos beneficios que corresponden a la atención médica. Y, debido a que el seguro contra accidentes es complementario, paga además de otras coberturas que quizás ya tenga.

Aunque los montos de los beneficios difieren, estos planes le proporcionan un pago directo cuando se producen accidentes inesperados por incidentes como quemaduras, laceraciones, fracturas, dislocaciones, hospitalizaciones, servicios de ambulancia y más. El plan también ofrece un beneficio por muerte accidental.

Deducciones mensuales	Plan bajo	Plan alto
Solo Empleado	\$ 9.93	\$13.26
Empleado + Cónyuge	\$16.64	\$22.00
Empleado + Hijo(s)	\$17.51	\$22.70
Empleado + Familia	\$24.22	\$31.44

Beneficio de indemnización hospitalaria grupal -

H.S.A. Compatible con HDHP

Las visitas inesperadas al hospital generan gastos inesperados.

Las estadísticas muestran que la mayoría de las personas no están preparadas para afrontar la carga financiera que conllevan esos gastos.

El seguro de indemnización hospitalaria grupal puede ayudar a cubrir algunos de los costos médicos de bolsillo, lo cual es especialmente útil si no se ha alcanzado su deducible médico principal. Estos beneficios en efectivo se le pagan directamente a usted, independientemente de otra cobertura. Puede utilizar el dinero para los deducibles, los copagos, las primas e incluso para ayudar a cubrir sus gastos de la vida diaria. Este producto es compatible con una HSA, por lo que funciona bien con planes de salud con deducibles altos (HDHP) y planes médicos principales tradicionales para cerrar brechas en la cobertura. Este plan no tiene período de espera por embarazo o afecciones preexistentes.

Deducciones mensuales	Plan 1	Plan 2
Solo Empleado	\$ 8.99	\$17.55
Empleado + Cónyuge	\$16.81	\$32.82
Empleado + Hijo(s)	\$13.78	\$26.91
Empleado + Familia	\$21.60	\$42.18

Cobertura grupal voluntaria de enfermedades grave con Cáncer - H.S.A. Compatible con HDHP

La cobertura grupal voluntaria de enfermedades grave ayuda a ofrecer apoyo financiero con un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad grave cubierta, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, trasplante de corazón, cirugía de bypass coronario, trasplante de órganos principales, parálisis, insuficiencia renal terminal, enfermedad de Alzheimer y cáncer.

El empleado puede elegir un beneficio de suma global de \$10 000, \$20 000 o \$30 000. El empleado puede elegir cobertura para su cónyuge por un beneficio de suma global de \$10 000, \$20 000 o \$30 000, sin exceder el beneficio de suma global del empleado. El empleado puede elegir cobertura para su hijo (hasta los 26 años) por el 50% del beneficio de suma global del empleado. Por ejemplo, si el empleado elige \$20 000 para cubrirse a sí mismo y también desea cubrir a su hijo. El hijo recibiría un beneficio de suma global de \$10 000.

Las primas corresponden a la Edad de Emisión y no aumentarán debido al envejecimiento del asegurado. El costo por empleado y cónyuge se calcula en función de la edad del empleado. El costo por hijo(s) está incluido en la tarifa de empleado. Deducciones mensuales:

Monto del beneficio		<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Sin tabaco	\$10 000	\$3.50	\$5.80	\$10.60	\$18.80	\$27.80	\$49.90
	\$20 000	\$7.00	\$11.60	\$21.20	\$37.60	\$55.60	\$99.80
	\$30 000	\$10.50	\$17.40	\$31.80	\$56.40	\$83.40	\$149.70
Tobaco	\$10 000	\$4.20	\$7.60	\$16.20	\$33.70	\$54.90	\$92.40
	\$20 000	\$8.40	\$15.20	\$32.40	\$67.40	\$109.80	\$184.80
	\$30 000	\$12.60	\$22.80	\$48.60	\$101.10	\$164.70	\$277.20

Ofertas voluntarias: Legal y robo de identidad

NewBenefits: Paquete legal



Servicios legales

- ▶ Los abogados ayudan con multas de tránsito, bancarrotas, divorcios y manutención del cónyuge e hijos
- ▶ Los servicios gratuitos incluyen consultas individuales. Llamadas telefónicas realizadas por un abogado, ayuda con documentos legales, asistencia con la asistencia social y el INS, representación en tribunales de reclamos menores y un testamento simple y en vida
- ▶ Los abogados solo cobran \$125 por hora o 40% de descuento en su tarifa por hora, lo que sea mayor
- ▶ Reciba un 10% de descuento en todos los casos basados en contingencias
- ▶ Se le remitirá a abogados en función de su ubicación, idioma y ámbito jurídico

LawAssure Enhanced

- ▶ Acceda y cree documentos legales personalizados de alta calidad, ahorrando cientos de dólares en honorarios de abogados
- ▶ Los documentos legales disponibles incluyen testamentos, fideicomisos en vida, directivas de atención médica, contratos de arrendamiento, cartas de queja y trámites de divorcio
- ▶ Trate asuntos legales donde le resulte más conveniente, incluso en su tableta o teléfono
- ▶ Comparta sus documentos de forma segura con asesores de confianza o un abogado
- ▶ Almacene y edite de forma segura sus documentos, o expórtelos para imprimirlos y firmarlos

Tax Hotline

- ▶ Deje que los expertos manejen la preparación de su declaración de impuestos de forma gratuita, brindándole una experiencia sin frustraciones
- ▶ Obtenga asesoramiento de abogados fiscales, analistas financieros,
- ▶ CPA, ex auditores y/o agentes inscritos certificados por el IRS, incluido el asesoramiento ilimitado sobre impuestos federales
- ▶ Los expertos en impuestos ofrecen asesoramiento, planificación y auditoría sin frustraciones para ayudarle a evitar errores, recargos, e intereses
- ▶ Reciba descuentos en otros formularios y cronogramas de impuestos
- ▶ Acceda a asesoramiento sobre impuestos, cambios en las leyes tributarias, asesoramiento, a través de un portal en línea

Aura - DigitalGuard (robo de identidad)



- **Protección contra el fraude financiero:** Aura le mantiene un paso por delante de las amenazas con monitoreo de crédito, bloqueo de crédito y herramientas financieras para ayudarle a mantener sus activos seguros.
- **Protección contra el robo de identidad:** Le avisamos si detectamos amenazas contra su identidad, número de seguro social, cuentas en línea y más. Además, le ayudamos a proteger su información personal de los intermediarios de datos que pueden venderla en la Web.
- **Seguridad WiFi (VPN) y privacidad en línea:** Con un solo toque, la VPN de Aura mantiene a raya a los piratas informáticos y mantiene la privacidad de sus actividades en línea, para que pueda comprar, realizar operaciones bancarias y trabajar en línea con confianza dondequiera que vaya.
- **Gestor de contraseñas:** Le ayudaremos a almacenar activos digitales y contraseñas importantes de forma segura. Además, le avisaremos si se produce una vulneración de contraseña para que pueda proteger sus cuentas en línea.
- **ParentalControls(solo planes familiares)** - Bloquee contenido dañino y administre cuánto tiempo pasan sus hijos en línea, todo en una sola aplicación.

Cada plan incluye \$5 millones de dólares en robo de identidad Seguro para cada adulto inscrito

Paquete legal Individual o Familiar	Robo de identidad (Aura Digital Guard) Individual	Robo de identidad (Aura Digital Guard) Familiar	Combo (paquete legal y robo de identidad) Individual	Combo (paquete legal y robo de identidad) Familiar
\$4.20/mes	\$6.05/mes	\$12.00/mes	\$8.25/mes	\$12.50/mes

Servicios de valor añadido

Servicios de consultoría del Programa de asistencia al empleado (EAP)

Asesoramiento presencial: hasta 3 visitas por empleado/miembro del hogar por asunto

Asesoramiento telefónico: consultas ilimitadas 24/7 con asesores con maestrías y doctorados

Duelo: apoyo disponible a través de sesiones telefónicas o presenciales; recursos en línea disponibles en el sitio web del EAP.

Módulos y asesoramiento en línea : aprenda, desarrolle y practique nuevas habilidades para mejorar la aptitud mental; incluye un chequeo de bienestar, módulos en línea seleccionados específicamente para usted y hasta 3 sesiones de asesoramiento

Recursos del sitio web del EAP: sitio web completo que incluye artículos, videos, preguntas frecuentes, etc.; además, las personas pueden chatear en línea con un asesor del EAP o enviar un correo electrónico a un asesor del EAP a través del sitio web

Asistencia y recursos laborales/personales

Servicios de trabajo/vida: acceso ilimitado 24/7 a especialistas en trabajo/vida (expertos en la materia) en las áreas de: familia y cuidados, salud y bienestar, bienestar emocional, vida cotidiana, equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades de la vida

Referencias para el cuidado de niños y ancianos: consulta telefónica ilimitada con un especialista en Trabajo/Vida (parte de los servicios trabajo/vida)

Descuentos para empleados: acceso a descuentos en una gran cantidad de productos y servicios, desde membresías en gimnasios hasta artículos odontológicos, oftalmológicos y de farmacia, entretenimiento, restaurantes, computadoras, automóviles y mucho más

Herramientas de negociación de facturas médicas: información y orientación sobre la negociación de facturas médicas

Asistencia y recursos legales/financieros *

Consultas legales: asistencia telefónica ilimitada y una consulta presencial gratis inicial de 30 minutos con un abogado, con un 25% de descuento en servicios de abogados posteriores, formularios legales en línea y librería legal extensa en línea.



Consulta financiera: asistencia telefónica ilimitada para problemas financieros o necesidades de planificación; 30 días de asesoramiento financiero; amplia biblioteca y calculadoras financieras en línea

Robo de identidad: consulta gratis con un especialista de resolución de fraudes entrenado que lo asistirá con la resolución y educación sobre robo de identidad; los materiales sobre educación sobre robo de identidad están disponible en línea

Preparación del testamento: documentos de autoservicio en línea disponibles en el sitio web del EAP; la consulta de 30 minutos (parte de la oferta de Consulta Legal) se puede utilizar para la planificación patrimonial/preparación del testamento

Preparación de documentos legales: documentos de autoservicio en línea disponibles en el sitio web del EAP

Consulta fiscal: solo se pueden responder preguntas fiscales como parte de una oferta de Consulta financiera

Documentos de autoservicio en línea: incluye ejemplos pero no se limita a fideicomisos, testamentos, poderes notariales y actas notariales.

Recursos para directivos

Orientación introductoria para empleados: seminarios web gratuitos con orientación in situ disponibles por tarifas adicionales por hora

worklife.uprisehealth.com

Código de acceso: worklife

*Los servicios de recursos y asistencia legal/financiera no están disponibles en el estado de Nueva York.

Jubilación 401(k) de la Diócesis de San Petersburg

Jubilación 401(k) de la Diócesis de San Petersburg

Planificar los aportes de los empleados antes de impuestos: Los participantes son elegibles para diferir una parte de su compensación como aportes al Plan antes de impuestos. Puede optar por diferir desde el 1% hasta el máximo permitido por la ley en su cuenta.

Roth 401(k): Esta opción difiere los aportes después de impuestos, pero las ganancias y los retiros no están sujetos a impuestos.

Elegibilidad para participar: Empleados a tiempo completo y a tiempo parcial que hayan cumplido 21 años. La inscripción al plan se produce el primer día del mes siguiente a la finalización de tres meses de servicio.

Inversiones: Puede indicar dónde se invierte su cuenta. Se ofrecen una variedad de opciones de inversión. Se le proporcionará información sobre sus opciones en el paquete de inscripción que le envió nuestro Administrador del Plan.

Retiros durante el servicio: En caso de tener dificultades financieras definidas o alcanzar la edad de 59½ años, puede ser elegible para recibir una distribución de su cuenta. Además, podrá realizar un retiro durante el servicio de traslado de cuenta, si corresponde, una vez durante cualquier Año del Plan.

Préstamos: Puede tomar dinero prestado de su plan 401k. Consulte a su administrador del plan 401k para más detalles.

Le ayudamos a realizar movimientos

Está a solo unos pasos del sitio web Empower My Retirement, donde puede:

- Acceder a información sobre su cuenta de jubilación.
- Aumentar su conciencia financiera con nuestras herramientas en línea y artículos educativos.
- ¡Vea mensajes relacionados con su plan y mucho más!

Para empezar, ingrese a www.empowermyretirement.com y haga clic en **Registrarse**, situado en la esquina superior derecha. Siga las instrucciones y responda algunas preguntas de validación, luego podrá crear su nombre de usuario, contraseña y PIN.

Acceda al sitio web EmpowerRetirement, revise y actualice la información de sus beneficiarios.

Si necesita ayuda, póngase en contacto con nuestro Centro de Información para Participantes al **1-800-743-5274** de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET. .



Plan de Pensiones de la Diócesis de San Petersburgo

Descripción general del plan de pensiones de la Diócesis de San Petersburgo

Beneficio de los empleados laicos:

- 1.50% de la Remuneración Media Final (RMF) multiplicada por los diez años de servicios acreditados más elevados, con un máximo del 50% de la RMF.
- Pagadero como renta vitalicia, con otras formas de pago disponibles
- Edad normal de jubilación: 65 años con 5 años de servicio
- Jubilación anticipada: 55 años y 10 años de servicio con un beneficio reducido. Consulte el Plan de Pensiones para obtener información adicional.
- Los empleados adquieren el 100% de los derechos del plan una vez que hayan completado cinco años de servicios acreditados
- Año de servicio
- 1000 horas por año de servicio de adquisición de derechos y beneficios de elegibilidad
- Año de servicio acreditado
- 1500 horas por un año de servicio acreditado para la acumulación de beneficios
- 1000 – 1499 horas por medio año de servicio acreditado para la acumulación de beneficios

<http://www.grs-plan.com/>

Gabriel Roeder Smith

954-527-1616

Acceda al sitio web del plan GRS, revise y actualice la información de sus beneficiarios.





Contáctenos

	Aseguradora	Número de teléfono	Sitio web
Plan médico Precertificación de proveedores participantes	Meritain Health	(800) 925-2272 (800) 343-3140 (800) 242-1199	www.meritain.com
Gestión de la atención	Quantum Health	(844) 460-2787	MYDOSPBenefits.com
Beneficios de medicamentos con receta Medicamentos especializados	OptumRx	(855) 524-0381 (877) 656-9604	www.optumrx.com
Línea directa de beneficios para empleados Reclamaciones odontológicas Reclamaciones oftalmológicas	Guardian	(888) 600-1600 (800) 541-7846 (800) 877-7195	www.guardiananytime.com
Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	Paylocity	(800) 631-3539	Acceso al portal : www.paylocity.com Correo electrónico para atención al cliente: batinfo@paylocity.com
Seguro de vida a término voluntario y Seguro por discapacidad a corto y largo plazo	Guardian	(800) 541-7846	www.guardiananytime.com
Programa de asistencia al empleado (EAP)	Guardian	(800) 386-7055	worklife.uprisehealth.com
Seguro contra accidente y Enfermedad grave Indemnización médica grupal	Guardian	(800) 541-7846	www.guardiananytime.com
Legal Robo de identidad	Nuevos beneficios Nuevos beneficios/ Aura	(800) 800-7616 (888) 664-2708	mybenefitswork.com/login www.aura.com
Plan de pensiones	Gabriel Roeder Smith	(954) 527-1616	www.grs-plan.com/
401(k)	Chris Chiaro John Benitoa (UBS) Ryan Brannon (UBS)	(800) 743-5274 (941) 953-7452 (813) 903-6694 (813) 903-6690	www.empowermyretirement.com cchiaro@kbgrp.com John.benitoa@ubs.com Ryan.brannon@ubs.com

Disclosure

NOTA PARA TODOS LOS EMPLEADOS:

Algunas Regulaciones Estatales y Federales requieren que los Empleadores le provean divulgaciones de sus reglamentos y regulaciones a todos los empleados. El resto de este documento provee todas las divulgaciones relacionadas con nuestro plan de beneficios. Si usted tiene alguna pregunta (s) o necesita algún tipo de asistencia, por favor contacte a su Administrador de Planes de acuerdo a la siguiente información:

Diocese of St. Petersburg
6363 9th Ave N
St Petersburg, FL 33710
(727) 344-1611

ESTE DOCUMENTO ES SOLO CON FINES INFORMATIVOS

Esta comunicación es solo con fines ilustrativos y informativos. Los documentos de planes, certificados de seguro, y pólizas van a ser los documentos gobernantes para determinar la elegibilidad de planes, beneficios y pagos.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Los planes de beneficios siempre contienen exclusiones y limitaciones. Por favor mire su Folleto de Beneficios u/o contratos para todos los detalles sobre su cobertura y elegibilidad.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

SNew Innovations Reserva el derecho de enmendar, modificar, o terminar el seguro y los planes de beneficios en cualquier momento, incluyendo durante tratamiento.

AVISO SOBRE LOS DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si usted no completó el proceso de inscripción puntualmente o correctamente, usted y su (s) dependiente (s) elegibles generalmente no van a tener cobertura con el plan aplicable, como está descrito debajo. También, si usted no inscribe a sus dependientes específicamente, sus dependientes elegibles no serán cubierto en el plan aplicable, excepto como está descrito debajo:

(a.) Si usted rechaza/ declina inscripción porque usted o su (s) dependiente (s) tiene otra cobertura de grupo del plan medico, por medio de COBRA u otra manera, usted puede inscribirse (a si mismo) y a sus Dependientes Elegibles en el Plan Medico durante el periodo dentro de los 30 días de la perdida de cobertura. Su inscripción será efectiva en la fecha que usted se inscriba (haga sus elecciones) en el Plan Medico. Por esta razón, la "perdida de cobertura" va a ocurrir si la otra cobertura de plan medico se termina como resultado de: (i) terminación de contribuciones de parte de su empleador (Compañía) hacia otras coberturas (ii) agotamiento del periodo de cobertura de COBRA; (iii) separación legal o divorcio (iv) muerte (v) terminación de empleo (vi) reducción de horas de trabajo/empleo; o (vii) si usted no elige cobertura de COBRA. De todas maneras, la perdida de cobertura no va a ser considerada como un evento calificado si la cobertura termina por causa de falla de pago de las premias (el costo) del plan o terminación (si usted es despedido por causa) justificada. Durante el tiempo que usted se inscribe en el Plan de su Empleador (Compañía), usted tiene que proveer un comunicado escrito de parte al administrador del otro plan medico del cual usted ya no desea tener cobertura medica.

(b.) Usted es elegible para inscribirse (a si mismo) y a su (s) Dependiente (s) Elegible (s) en el Plan Medico dentro de 30 días de la fecha que usted adquirió (responsabilidad legal de) su Dependiente (s) Elegible (s) por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o por poner en adopción.

(c.) Usted es elegible para inscribirse (a si mismo) y a su (s) Dependiente (s) Elegible (s) en el Plan durante un periodo de 60 días después de que:

(1.) La cobertura de Usted u/o su (s) Dependiente (s) Elegible (s) de Medicaid en virtud del Título XIX de la Ley de Seguridad Social o cobertura de CHIP por medio de que el Plan de Seguro Medico Infantil en virtud del titulo XXI de la Ley de Seguridad Social halla llegado a su termino como resultado de perdida de elegibilidad para cuya cobertura; o

(2.) Medicare determina que Usted u/o su (s) Dependiente (s) Elegible (s) es/son elegibles/ calificados para asistencia de empleo en virtud de/ por medio de Medicaid o CHIP para ayudarle a pagar la cobertura del Plan.

(d.) Usted u/o su (s) Dependiente (s) Elegible (s) son elegibles/ calificados para inscribirse en el Plan durante el Periodo de Inscripción Abierta. Su inscripción será efectiva el 1er día del Plan siguiendo su Periodo de Inscripción Abierta.

(e.) Usted puede inscribir a su (s) Dependiente (s) Elegible (s) al Plan Requerido en virtud de una Orden Calificada de la Manutención Medica Infantil (QMCSO, *por sus siglas en inglés*) (Según establecido en la Sección 609 de La Ley ERISA). Esta Inscripción de su (s) Dependiente (s) Elegible (s) serán efectivos a partir de la calificación del Administrador de Plan (es) y la aprobación de la Orden Calificada de la Manutención Medica Infantil.

(f.) Usted u/o su (s) Dependiente (s) Elegible (s) son elegibles/ calificados para inscribirse en el Plan durante cualquier otra circunstancia especial permitida dentro de la Guía de Beneficios (y son sujeto (s) a las regulaciones de Los Planes de Cafetería en la Sección 125 del Código Fiscal de Los Estados Unidos)

NOTA: Usted no tendrá permiso para inscribirse a si mismo a u/o sus Dependientes Elegibles en la cobertura del Plan en el año elegible al menos que usted puntualmente y correctamente complete el proceso de inscripción dentro de la fecha de entrega establecida anteriormente (Por Ejemplo: durante el periodo dentro de los 30 días de la perdida de cobertura suya o de sus nuevos dependientes; durante un periodo de 60 días para casos de Medicaid o CHIP; durante un periodo de 30 días del recibo de esta notificación para un dependiente de menos de 26 años; o dentro del plazo establecido por el Administrador del Plan para el Periodo de Inscripción Abierta). Si usted tiene alguna (s) pregunta (s) sobre esta información o requiere detalles adicionales, por favor contacte al Administrador del/ los Plan (es)

AVISO DE LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES (LEY DE JANET)

El 21 de octubre, 1998, el Congreso pasó la Ley Federal mejor conocida como la Ley de Derechos de Salud Y Cáncer de las Mujeres. Conforme a La Ley de Derechos de Salud Y Cáncer de las Mujeres, los planes de grupos y las compañías de seguro que ofrecen cobertura para mastectomías también tienen que ofrecer cubertura para:

Reconstrucción del seno donde se hizo la mastectomía; Cirugía y Reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y Prótesis y tratamiento de complicaciones durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo edemas linfáticos.

Estos servicios son pagaderos para una paciente que este recibiendo estos beneficios en conjunto a una mastectomía y elige reconstrucción. El medico y la paciente determinan la manera en la cual estos servicios se harán.

El plan puede aplicar deducibles y copagos consistentes con la otra cobertura como parte del plan. Esta notificación sirve en este caso como el aviso anual y la declaración de divulgación sobre el hecho que el plan de salud y bienestar fue diseñado para cumplir con esta ley. Esta notificación es un requerimiento de la ley.

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Ley de Salud de Mujeres) fue aprobada y convertida en ley el 21 de Octubre, 1998. La ley incluye protección importante para las pacientes de cáncer del mama que eligen reconstrucción en conjunto con una mastectomía. La Ley de Salud de Mujeres enmendó la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA) y la Ley de Servicios de Salud Publica en EE.UU (PHS) y son administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDO Y MADRE

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud que ofrecen seguros de salud grupales no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido por menos de 48 horas después del parto vaginal normal, o menos de 96 horas posteriores a una cesárea, o exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no supere los períodos anteriores.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

Empleados Inscritos en el Plan de Médico

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas medicas con Diocese of St. Petersburg y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados . Además, le menciona donde encontrar mas información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted esta considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a que costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre donde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

La nueva cobertura de Medicare para recetas medicas esta disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Medicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas medicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer mas cobertura por una prima mensual mas alta.

Diocese of St. Petersburg ha determinado que la cobertura para recetas medicas ofrecida por Diocese of St. Petersburg en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas medicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima mas alta (una penalidad), si mas tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Diocese of St. Petersburg no va a ser afectada. Diocese of St. Petersburg permite que se queden con la cobertura del plan que tienen. Si usted decide elegir un plan de Medicare de medicamentos recetados, y terminar su cobertura actual con Diocese of St. Petersburg, más adelante pueden obtener su cobertura de nuevo durante el periodo de Inscripción de Beneficios Abierta.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Diocese of St. Petersburg 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 planificar más tarde.

Si usted lleva 63 días o mas sin cobertura acreditable para recetas medicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas medicas, su prima mensual aumentara por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% mas alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima mas alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para mas información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas medicas...

Llame a nuestra oficina para mas información [o llame a Recursos Humanos al (727) 344-1611

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas medicas, y en caso de que esta cobertura con Diocese of St. Petersburg cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para mas información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas medicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información mas detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas medicas. Medicare le enviara por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas medicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener mas información sobre los planes de Medicare para recetas medicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas medicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en ingles) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para mas \

Información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778.

Fecha:	Enero 1, 2024
Nombre de la Entidad/Remitente:	Diocese of St. Petersburg
Contacto--Puesto/Oficina:	Recursos Humanos
Dirección:	6363 9th Ave N St Petersburg, FL 33710
Numero de Teléfono:	(727) 344-1611

CMS Form 10182-CC Revisado el 1 de abril de 2011 La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no esta obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un numero valido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en ingles). El numero valido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardara unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardara en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de como mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

AVISO SOBRE LA LEY DE BIENESTAR

La compañía puede tener un plan voluntario de bienestar disponible para todos los empleados. Si usted escoge participar en el plan de bienestar se le puede pedir a usted que complete una evaluación de salud ("HA", por sus siglas en inglés) que le hace una serie de preguntas sobre sus actividades y conductas relacionadas con su salud y también puede preguntar si usted ha tenido o tiene algún tipo de condición médica (Por ejemplo: cáncer, diabetes, o enfermedad cardíaca) o una prueba biométrica, que incluirá un examen sanguíneo de colesterol, azúcar, presión, e IMC (índice de masa corporal). Usted no está obligado (a) a participar.

No obstante, los empleados que escogen participar en el plan de bienestar recibirán descuentos en la premias del seguro de salud y puede estar disponible para empleados que participen en algunas actividades relacionadas con la salud como completar una evaluación de salud, completar una prueba biométrica, u/o verificar el estado de uso de tabaco. Si usted no puede participar en ningunas de las actividades de salud, o no puede lograr ningunos de los resultados médicos requeridos para ganarse el incentivo de descuento de premias, es posible que pueda tener derecho a ser acomodado (a) razonablemente o una alternativa standard. Usted puede pedir acomodación razonable o una alternativa standard contactando al Departamento de Recursos Humanos.

La información de su HA y los resultados de sus evaluaciones van a ser utilizadas para proveerle información a usted, para que puede entender su estado de salud y los riesgos potenciales, y también puede ser utilizado para proveerle servicios que forman parte del programa de bienestar y salud, como entrenamiento de salud, educación del bienestar, u objetivos personalizados de salud. También es recomendado que usted comparta sus resultados y preocupaciones con su propio doctor.

La información de salud de usted no va a ser vendida, intercambiada, transferida, o divulgada de alguna otra manera excepto cuando sea permitido por la ley para hacer posible actividades específicas del programa de salud, y a usted no se le va a pedir que rechace sus preferencias de confidencialidad como condición de calificación para recibir el incentivo de descuento del plan médico. Los únicos individuos que recibirán su información de salud identificados son enfermero/a (s) certificados/as o promotor/a de salud para poder proveerle los servicios que forman parte del programa de bienestar.

Adicionalmente, toda la información médica recibida por vía del programa de bienestar se mantendrá separada de su expediente personal (recursos humanos), la información se guardará electrónicamente y va a ser codificada/ encriptada, y ninguna información que usted provea como parte del programa de bienestar no se va utilizar en ninguna decisión de empleo. Adicionalmente, usted no puede ser discriminado/a dado a la información médica que usted comparta como parte del programa de bienestar, usted tampoco puede ser sujeto a retaliación si usted escoge no participar. Si usted tiene alguna pregunta (s) o preocupación (es) sobre este aviso, o sobre la protección contra la discriminación y retaliación, por favor contacte a su Departamento de Recursos Humanos.

AVISO SOBRE LA LEY DE MICHELLE

El jueves 9 de octubre, 2008, el presidente Bush aprobó la ley H.R. 2851, mejor conocida como la Ley de Michelle. Esta ley requiere que los planes de salud ofrecidos por su empleador (compañía de empleo) continúen la cobertura para los hijos/as dependientes que sean estudiantes universitarios y que medicamente requieran licencia de ausencia. Esta ley aplica para los planes completamente asegurados y auto-asegurados.

El cambio de inscripción universitaria debe de satisfacer los siguientes requisitos:

- El dependiente está sufriendo una fuerte enfermedad o herida grave.

- La licencia es medicamente necesaria.

- El dependiente pierde estatus de estudiante por razones de cobertura de acuerdo a los términos y condiciones del plan o de la cobertura.

La Cobertura del hijo/a dependiente debe de mantenerse activa hasta la fecha que ocurra primero:

- Un año después que la licencia de ausencia medicamente necesaria empezó.

- La fecha que de otro modo se terminaría el plan de acuerdo a los términos y condiciones del plan.

Una certificación escrita de parte del médico en carga de su caso, es requerida. La certificación tiene que explicar que el hijo dependiente está sufriendo una enfermedad o herida grave y que la licencia de ausencia es medicamente necesaria. Las provisiones de esta Ley aplican a todos los plan efectivos empezando el 9 de octubre, 2009.

**Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa
de Seguro de Salud para Menores (CHIP)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite **www.cuidadodesalud.gov**. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite **espanol.insurekidsnow.gov/** para información sobre cómo presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de **www.askebsa.dol.gov** o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mychihibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Aviso de privacidad del plan autofinanciado o nivelado

El aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. El Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Plan de Salud de Speedling, Inc. ("El Plan") están comprometidos a proteger su información médica. La ley HIPAA requiere que el Plan mantenga la privacidad de su información médica según los términos del Aviso de prácticas de privacidad más actual, y que le proporcione este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. El Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y de hacer que cualquier nueva disposición del Aviso sea efectiva para toda la Información Médica Protegida (conocida como "PHI"). El Plan informará a todos los participantes de los cambios a este Aviso y proporcionará un Aviso de Privacidad nuevo y actualizado cada vez que ocurra un cambio en el contenido.

I. Prácticas y usos de la confidencialidad

El Plan puede acceder, usar o compartir información:

1. Tratamiento Durante el curso de su atención, la Información de salud protegida (conocida como "PHI") se puede divulgar a los proveedores de tratamiento según sea apropiado / necesario para garantizar la calidad y continuidad de su atención. La excepción de tratamiento permite a los médicos compartir información médica sobre un paciente para garantizar que el paciente reciba la atención adecuada.

2. Pago Podemos usar y dar su información médica a otros para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que se le brindan. La Regla de Privacidad permite al Plan divulgar información médica sin autorización individual con el propósito de pagar una reclamación.

3. Operaciones regulares de atención médica Para mantener una atención médica eficiente, de calidad y rentable, personal autorizado revisa periódicamente la PHI para garantizar que se practiquen de manera constante los más altos estándares de calidad de atención al paciente. Por ejemplo, las agencias reguladoras que supervisan los laboratorios clínicos pueden ver la PHI durante los procedimientos de control de calidad de rutina. También podemos usar PHI para suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan, tales como: presentar reclamaciones para cobertura de limitación de pérdidas; realizar o coordinar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso. No utilizaremos su información genética para fines de suscripción.

4. Información proporcionada directamente a usted o enviada por correo Por ejemplo, su proveedor médico puede darle una copia de sus resultados de laboratorio o puede recibir una factura enviada su dirección en el archivo por cualquier saldo pendiente.

5. Socios comerciales Podemos contratar a personas o entidades conocidas como socios comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Los socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, transmitirán, usarán y / o divulgarán su información médica protegida, pero solo después de que hayan acordado por escrito con nosotros implementar las salvaguardas adecuadas con respecto a su información médica protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un Asociado comercial para procesar sus reclamos de beneficios del Plan o para brindar servicios de apoyo como administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el Asociado comercial contrate con nosotros.

II. Divulgación que no requiere su permiso

1. Notificación y comunicación con la familia Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su contacto de emergencia u otra persona

responsable de su atención sobre su ubicación, condición general o en caso de su muerte. Sin embargo, si puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de hacerlo antes de realizar esta notificación. Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor juicio en la comunicación con su familia y otras personas.

2. Requerido por la ley Como lo requiere la ley, podemos usar y divulgar su información médica .

3. Salud pública Según lo exige la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso o negligencia infantil; reportar violencia doméstica; informar a la FDA sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y notificar la exposición a enfermedades o infecciones

4. Actividades de supervisión de la salud Podemos divulgar su información médica a socios comerciales, el patrocinador del plan, agencias de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos.

5. Procedimientos judiciales y administrativos Podemos divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

6. Cumplimiento de la ley Podemos divulgar su información médica a un oficial de cumplimiento de la ley con fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación y otros fines de cumplimiento de la ley.

7. Información de la persona fallecida Podemos divulgar su información de salud a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias.

8. Donación de órganos Podemos divulgar su información médica a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.

9. Investigación Podemos divulgar su información médica a investigadores que realizan investigaciones que han sido aprobadas.

10. Seguridad pública Podemos divulgar su información médica a las personas apropiadas para prevenir, disminuir o coordinar una respuesta a una amenaza grave e inminente a la salud / seguridad de una persona en particular, la comunidad de la empresa o el público en general

11. Funciones gubernamentales especializadas Podemos divulgar su información médica para los servicios militares, de seguridad nacional, de inteligencia y / o de protección para el presidente, el prisionero y los beneficios gubernamentales requeridos por la ley.

12. Compensación para trabajadores Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores

13. Mercadotecnia Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o para brindarle información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

III. Sus derechos a la privacidad

Excepto como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad, el Plan no usará ni divulgará su información médica sin su autorización por escrito. Si autoriza al Plan a usar o divulgar su información médica para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Recursos Humanos tiene procedimientos para ayudarlo con sus derechos sobre su información médica. Puede pedirle al personal de Recursos Humanos una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

Representantes personales Divulgaremos su información médica protegida a las personas autorizadas por usted, oa una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione una notificación / autorización por escrito y cualquier documento de respaldo. (es decir: poder notarial)

NOTA: Según la regla de privacidad de la HIPAA, no tenemos que revelar información a un representante personal si creemos razonablemente que:

1. ha sido, o puede ser, sometido a violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona
2. tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro
3. En el ejercicio del juicio profesional, no le conviene tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia Con solo limitadas excepciones, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al empleado, cónyuge y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por El Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones confidenciales (consulte a continuación), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos el correo según lo dispuesto en la solicitud de Restricciones y Comunicaciones confidenciales.

Autorizaciones Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida que no se describen anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, en general y sujeto a condiciones específicas, no usaremos ni divulgaremos sus notas psiquiátricas *; no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para fines comerciales; y no venderemos su información médica protegida, a menos que nos dé una autorización por escrito. Puede revocar las autorizaciones por escrito en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuras. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada con base en la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito.

* Uso o divulgación de notas de psicoterapia. El uso o divulgación de notas de psicoterapia incluye todas las actividades que utilizan las notas, incluidas, entre otras, las actividades de investigación.

Cualquier solicitud que pueda tener del Plan debe presentarse por escrito, incluidas las quejas. Todos los formularios requeridos están disponibles en Recursos Humanos. Tienes derecho a:

1. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. El Plan no está obligado a aceptar la

V1.0

restricción que solicitó. Salvo lo dispuesto en el siguiente párrafo, respetaremos la restricción hasta que la revoque o le notifiquemos. A partir del 1 de enero de 2019, cumpliremos con su solicitud de restricción si: (1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación se realiza al plan de salud con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica (y no con el propósito de llevar a cabo tratamiento); y (2) la información médica protegida pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica involucrado ha recibido un desembolso total.

Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea que limitemos; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

2. Solicite al Plan que se comuniquen con usted de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar ser contactado solo mientras está en el trabajo o por correo electrónico.

3. Derecho a ser notificado si nosotros (o un socio comercial) descubrimos una violación de información médica protegida no segura.

4. Inspeccionar y recibir una copia de cierta información médica protegida que se puede utilizar para tomar decisiones sobre los beneficios de su Plan. Si la información que solicita se mantiene electrónicamente y solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en el formulario y formato electrónicos que solicite, si la información se puede producir fácilmente en ese formulario y formato; Si la información no se puede producir fácilmente en esa forma y formato, trabajaremos con usted para llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato. Si no podemos acordar un formulario y formato electrónicos, le proporcionaremos una copia impresa.

5. Cambiar o agregar información a sus registros designados; sin embargo, el Plan no puede cambiar los documentos "originales".

6. Un informe de las divulgaciones de su información médica protegida realizada por el Plan. Sin embargo, el Plan no tiene que dar cuenta de las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, información proporcionada al paciente, funciones gubernamentales especializadas y divulgaciones autorizadas por el paciente.

7. Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso incluso si lo recibe electrónicamente.

IV. Quejas

1. Si necesita más información, tiene quejas o siente que se han violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros por teléfono al: (727) 317-4563 o por correo a

**Diocese of St. Petersburg - Human Resources
6363 9th Ave N
St. Petersburg, FL 33701**

Recuerde, cualquier solicitud que pueda tener del Plan debe enviarse por escrito, incluidas las quejas, a la dirección anterior.

2. Si no está satisfecho con la forma en que Recursos Humanos maneja su inquietud, puede enviar una queja formal a

**Dept. of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Ave. S.W.
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201**

Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos su tratamiento de ninguna manera.



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 30-11-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con **Recursos Humanos**.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Diocese of St. Petersburg		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 45-3460890	
5. Dirección del empleador 6363 9th Ave N		6. Número de teléfono del empleador (727) 344-1611	
7. Ciudad St. Petersburg		8. Estado FL	9. Código postal 33710
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Giselle Gillis			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 727-317-4563		12. Dirección de correo electrónico ggillis@dosp.org	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- ☐ Todos los empleados.
- ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: Los empleados regulares de tiempo completo que se definen por su empleador.

En cuanto a los dependientes:

- ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: "Cónyuge y otros dependientes como se define por su empleador"
- ☐ No ofrecemos cobertura.
- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita **CuidadoDeSalud.gov** para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.



300 First Avenue South - 5th Floor
St. Petersburg, FL 33701
800.783.5085 • 727.522.7777

*Wallace Welch & Willingham is providing this as a service for Diocese of St. Petersburg.
The information is solely general guidance on the subjects covered and should not be
considered as legal advice.*