



Beneficios
del cuidador

2023 Guía para nuevos empleados

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

Introducción y Bienvenida

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

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

Tabla de Contenidos

Reflejos	1	Participar por la salud.....	303
Elegibilidad e Inscripción.....	4	Beneficios complementarios	31
Cuando comienza la cobertura	4	Seguro básico de vida a término y AD&D.....	31
Como inscribirse	4	Seguro voluntario de vida a término y AD&D	32
Elegibilidad para miembros de la familia.....	5	Cobertura Voluntaria de Vida Entera	33
Cuando termina la cobertura	5	Licencia pagada Oregón.....	34
¿Qué pagas?	6	Seguro de Discapacidad a Corto Plazo	34
Cambio calificado en el estado familiar	8	Seguro de Discapacidad a Largo Plazo.....	35
Atención de rutina y preventiva.....	9	Planes de Indemnización Voluntaria	35
Definición de términos comunes	10	Seguro de accidentes	35
Beneficios medicos.....	11	Seguro de enfermedades críticas	36
Opciones de planes	11	Seguro de Indemnización por Hospitalización ...	36
Resumen del plan	12	Membresía Airlink – Ambulancia Aérea.....	37
Cosas a considerar al elegir su plan médico	15	Programa de asistencia para cuidadores	37
¿Cómo decide qué plan seleccionar?.....	16	Programa de Asistencia al Empleado de UNUM (EAP).....	37
Atención virtual	17	Asistencia en viajes de emergencia en todo el mundo.....	37
Programas de apoyo a la salud	18	Recursos financieros y legales para la planificación de la vida: para los enfermos terminales	37
Medicamentos recetados	20	Planes de Jubilación	38
Beneficios dentales.....	22	Plan de Ahorro para la Jubilación – 403(b).....	38
Beneficios de la vista.....	23	Continuación de la Cobertura.....	39
Vision Service Plan.....	23	Información del contacto	40
¿Cómo decide qué plan seleccionar?.....	23	Noticias Importantes.....	42
Resumen del plan	24		
Cuentas libres de impuestos	25		
Cuentas de gastos flexibles	25		
FSA de atención médica: Select y Prime PPO... ..	26		
Atención médica FSA de propósito limitado (LPFSA): solo para afiliados de CDHP	26		
FSA de Cuidado de Dependientes.....	26		
Cuenta de Reembolso de Salud.....	27		
Cómo presentar reclamos de FSA o HRA.....	28		
Cuenta de ahorros para la salud (HSA): solo para afiliados de CDHP.....	29		

Reflejos



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

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

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COSTO Y/O CONTRIBUCIÓN	ACCIÓN QUE DEBE TOMAR
Engage for Health Programa de bienestar	Recursos y beneficios disponibles para cuidadores y familiares para ayudar a mantener o mejorar su salud y bienestar	La participación es completamente voluntaria y sin costo para usted	Nuevos participantes: Visite http://www.engageformyhealth.org o la aplicación Virgin Pulse para inscribirse
Seguro de Discapacidad	Proporciona ingresos cuando, a causa de una enfermedad o accidente, usted está incapacitado y no puede trabajar. La cobertura incluye: <ul style="list-style-type: none"> Discapacidad a corto plazo (STD) Discapacidad a largo plazo (LTD) 	SCHS ofrece planes de discapacidad a corto y largo plazo sin costo para usted	No se requiere ninguna acción: se le inscribe automáticamente el primer día del mes siguiente a los 90 días de empleo elegible para beneficios
Seguro de Vida a Término y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D), Seguro de Vida a Término Voluntario y AD&D, y Seguro de Vida Entera Voluntario	El seguro de vida paga un beneficio en caso de su muerte. AD&D también paga un beneficio en caso de su muerte si fue accidental. También paga si sufres desmembramiento. Los beneficios se pagan a su beneficiario designado. SCHS proporciona: <ul style="list-style-type: none"> Vida Básica y AD&D También puedes comprar: <ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida a término voluntario: le permite comprar cobertura para usted, su cónyuge y/o sus hijos a través de la conveniencia de la deducción de nómina Seguro de vida entera: le permite comprar cobertura para usted, su cónyuge, hijos o nietos a través de la conveniencia de la deducción de nómina. Puede acumular valor en efectivo y las primas nunca cambian una vez que se inscribe 	SCHS paga por su vida básica y AD&D Usted paga la prima completa por cualquier cobertura adicional que elija comprar a través de nuestros planes Seguro de vida a término o Seguro de vida entera.	Designar un beneficiario para el seguro básico de vida y AD&D Inscríbase para cobertura voluntaria o de por vida dentro de los 30 días de elegibilidad y designe un beneficiario Puede comprar después de los 30 días, pero deberá demostrar su buena salud y pasar por un proceso de aprobación con UNUM.

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COSTO Y/O CONTRIBUCIÓN	ACCIÓN QUE DEBE TOMAR
Beneficios Voluntarios	Seguro de enfermedades críticas: brinda un beneficio en efectivo si tiene una enfermedad cubierta Seguro de indemnización hospitalaria: brinda un beneficio en efectivo si está hospitalizado Seguro de accidentes: brinda un beneficio en efectivo por lesiones cubiertas y gastos relacionados con accidentes. Tienes la opción de cubrirte a ti o a tu familia	Usted paga la prima completa por cualquier cobertura adicional que elija comprar	Inscríbese dentro de los 30 días de elegibilidad
Ambulancia aerea	El programa AirLink proporciona una membresía que garantiza que no tenga gastos de bolsillo si vuela con AirLink u otro proveedor participante de la red AirMedCare.	AirLink está disponible para beneficiar a los cuidadores elegibles y sus familiares que están inscritos en un plan médico de SCHS	Inscríbese dentro de los 30 días de elegibilidad
Programa de asistencia para cuidadores	Lo apoya a usted y a los miembros de su familia cuando necesita asesoramiento a corto plazo	SCHS proporciona estos servicios sin costo para usted	No se requiere ninguna acción: se le inscribe automáticamente.
Beneficios de jubilación	Las deducciones de nómina antes de impuestos financiarán su plan de jubilación. SCHS igualará una parte de sus contribuciones después de 12 meses de empleo (puestos de tiempo completo o medio tiempo).	Se le inscribirá automáticamente al 6% del pago regular después de 90 días de empleo. Puede elegir cambiar esta cantidad en cualquier momento	Configure su cuenta de Fidelity Investment y decida cómo invertir sus fondos
Beneficios y recursos adicionales	Asistencia en viaje en todo el mundo: ayuda con emergencias cuando viaja a 100 millas o más de su hogar Planificación de vida y recursos financieros y legales para personas con enfermedades terminales Programa de asistencia para empleados de UNUM Life Balance: lo apoya a usted y a los miembros de su familia cuando necesitan asesoramiento a corto plazo o ayuda con problemas legales, financieros u otros. Brinda asesoramiento, acceso a abogados, planificadores financieros, servicios de conserjería	SCHS proporciona sin costo alguno para usted	No se requiere ninguna acción: está automáticamente inscrito y cubierto si está inscrito en el plan SCHS LTD



Elegibilidad e inscripción

CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA

Para la mayoría de los beneficios, la cobertura comienza el primer día del mes calendario posterior al inicio de su empleo elegible para beneficios. Eso incluye cobertura para familiares elegibles. Si tiene un cambio en la persona a la que cubre por matrimonio, nacimiento o adopción, su familiar recién adquirido estará cubierto en la fecha de nacimiento, fecha de adopción, fecha de colocación en adopción o el primer día del mes siguiente a la fecha de matrimonio. Para sus beneficios básicos de vida/AD&D, discapacidad y jubilación, la cobertura comienza el primer día del mes calendario siguiente a los 90 días de empleo elegible para beneficios.

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

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

Los costos compartidos de la prima variarán según su clasificación.

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

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

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

Cuando sea elegible por primera vez para la cobertura, deberá tomar decisiones sobre qué beneficios elegir e inscribirse para la cobertura. Estará bloqueado en sus elecciones de beneficios para cuentas de gastos médicos, dentales, de la vista y flexibles durante todo el año calendario, a menos que experimente un "Cambio calificado en el estado familiar" (consulte la página 11 para obtener más detalles). También puede hacer cambios cada año durante nuestra inscripción abierta, y los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero del año siguiente.

LA INSCRIPCIÓN PARA LOS BENEFICIOS ES A TRAVÉS DE WORKDAY

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

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

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

Además de usted mismo, también puede cubrir:

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

*Además de sus hijos biológicos, también puede cubrir a sus hijastros, hijos adoptivos (o dados en adopción), hijos adoptivos de los que es legalmente responsable o cualquier hijo al que deba brindar cobertura por orden judicial. No es necesario que dependan económicamente de usted ni que se reclamen en sus impuestos sobre los ingresos.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA COBERTURA DE FAMILIARES

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

Tenga en cuenta: se requiere un número de seguro social para todos los miembros de la familia elegibles inscritos en los beneficios. Los siguientes son los documentos requeridos:

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

CUANDO TERMINA LA COBERTURA

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

Si su cobertura finaliza debido a terminación, reducción de horas, muerte, divorcio o separación legal, o pérdida de la condición de dependiente, usted y/o su familiar cubierto pueden continuar con sus beneficios. Para obtener más información, consulte la sección "Continuación de la cobertura" en la página 42.



¿Qué pagas?

PRIMAS MÉDICAS, DENTALES Y DE LA VISTA

Su parte de nuestras primas médicas, dentales y de la vista, también conocidas como contribuciones, se deducen de su cheque de pago 26 veces al año. Estas primas se toman de su cheque de pago antes de impuestos. Esto significa que no paga impuestos sobre sus primas, incluidos los impuestos del Seguro Social (FICA) y el impuesto federal sobre la renta. Esto reduce sus ganancias imponibles y paga menos impuestos. También significa que su elección es vinculante para el año calendario, a menos que experimente un Cambio Calificado en el Estatus Familiar, como se describe en la página 11. Para otros beneficios, como el seguro Voluntario o de Vida Entera, Accidente, Hospital o Enfermedad Crítica, sus contribuciones se tomará después de impuestos.

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

MÉDICO

Tiempo completo: 0,9 a 1,0 FTE ((72 a 80 horas por período de pago)	CAREGIVERDIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$36.47	\$328.27	\$75.00	\$424.98	\$5.00	\$316.13
Cuidador y cónyuge	\$100.18	\$583.05	\$184.14	\$752.41	\$44.10	\$557.43
Cuidador y familia	\$141.07	\$746.64	\$254.21	\$962.63	\$55.86	\$725.71
Cuidador y niño(s)	\$99.75	\$581.37	\$183.42	\$750.24	\$39.49	\$560.18
Tiempo parcial 1: 0,75 a 0,89 FTE (60 a 71 horas por período de pago)	CAREGIVERDIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$36.47	\$328.27	\$75.00	\$424.98	\$43.35	\$277.78
Cuidador y cónyuge	\$147.95	\$535.28	\$249.63	\$686.92	\$160.33	\$441.20
Cuidador y familia	\$219.51	\$668.20	\$361.74	\$855.10	\$209.11	\$572.46
Cuidador y niño(s)	\$147.21	\$533.91	\$248.46	\$685.20	\$143.63	\$456.05
Tiempo parcial 2: 0,6 a 0,74 FTE (48 a 59 horas por período de pago)	CAREGIVERDIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$127.66	\$237.08	\$199.99	\$299.99	\$115.61	\$205.52
Cuidador y cónyuge	\$302.83	\$380.39	\$461.93	\$474.62	\$296.70	\$304.84
Cuidador y familia	\$415.30	\$472.41	\$630.11	\$586.73	\$364.24	\$417.33
Cuidador y niño(s)	\$301.67	\$379.45	\$460.19	\$473.46	\$266.03	\$333.65
Tiempo parcial 3: 0,5 a 0,59 FTE (40 a 47 horas por período de pago)	CAREGIVERDIRECTED HEALTH PLAN		PLAN PRIME PPO		PLAN SELECT PPO	
	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga	Tu pagas	SCHS paga
Solo cuidador	\$164.13	\$200.61	\$249.99	\$249.99	\$144.51	\$176.62
Cuidador y cónyuge	\$339.30	\$343.92	\$511.93	\$424.62	\$328.81	\$272.72
Cuidador y familia	\$451.76	\$435.95	\$680.11	\$536.73	\$393.14	\$388.43
Cuidador y niño(s)	\$338.14	\$342.98	\$510.19	\$423.46	\$294.93	\$304.75

DENTAL

Tiempo completo: 0,9 a 1,0 FTE ((72 a 80 horas por período de pago)

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

Tiempo parcial 1: 0,75 a 0,89 FTE (60 a 71 horas por período de pago)

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

VISIÓN

Tiempo completo: 0,9 a 1,0 FTE ((72 a 80 horas por período de pago)

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

Tiempo parcial 1: 0,75 a 0,89 FTE (60 a 71 horas por período de pago)

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

Tiempo parcial 2: 0,6 a 0,74 FTE (48 a 59 horas por período de pago)

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

Tiempo parcial 3: 0,5 a 0,59 FTE (40 a 47 horas por período de pago)

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

Tiempo parcial 2: 0,6 a 0,74 FTE (48 a 59 horas por período de pago)

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

Tiempo parcial 3: 0,5 a 0,59 FTE (40 a 47 horas por período de pago)

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

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

Cambio calificado en el estado familiar

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

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

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

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



Términos comunes

Atención de rutina y preventiva

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

ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA

Nuestros planes médicos cubren los exámenes de rutina, las vacunas y las pruebas de detección necesarias al 100 % sin deducibles ni costos compartidos, siempre que busque atención de un proveedor de la red. Los Planes cubrirán los servicios basados en los recomendados por el Grupo de trabajo de atención preventiva de EE. UU. (USPCTF) y la recomendación de su médico personal. El siguiente es un resumen de alto nivel de las pautas de USPCTF:

EXÁMENES FÍSICOS Y DE BIENESTAR DE RUTINA SEGÚN LA EDAD	PROGRAMA RECOMENDADO
0 a 18 meses	Entre los 2 y 7 días, y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses de edad
3 a 6 años	Anualmente
7 a 18 años	Cada 2 años
19 a 64 años	Cada 1 a 3 años
65+ años	Anualmente

EXÁMENES DE RUTINA	PROGRAMA RECOMENDADO
Presión arterial	Cada 1 a 3 años para adultos mayores de 18 años
Colesterol	Hombres: a partir de los 35 años, cada 1 a 5 años Mujeres: a partir de los 45 años, cada 1 a 5 años
Cáncer de mama mediante mamografía	Cada 1 o 2 años para mujeres a partir de los 40 años
Cáncer de próstata	Los hombres entre 50 y 70 años deben analizar las recomendaciones y la frecuencia de las pruebas de detección con su médico
Cáncer de colon	A partir de los 45 años, examen de sangre oculta en heces anualmente, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años.
Cáncer de cuello uterino	Cada 3 años para mujeres de 21 a 65 años

Nota: Si un servicio se considera diagnóstico o atención crónica de rutina, se aplicará su deducible, coseguro y/o copago habitual.

EXÁMENES DENTALES Y DE LA VISTA DE RUTINA

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

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

Máximo Anual – Plan Dental

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

Coseguro

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

Copago o Copago

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

Deducible

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

Niveles de cobertura del plan médico

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

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

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

Proveedores de nivel 2 dentro de la red – Proveedores de Regence PPO a nivel local y en todo el país.

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

Gasto máximo de bolsillo: planes médicos

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

Primas y Contribuciones

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

Beneficios médicos

OPCIONES DE PLANES

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

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

Si toma medicamentos recetados regulares, tenga en cuenta que si elige el CDHP, usted es responsable del 100% del costo de su medicamento hasta que se alcance su deducible. Si cubre a más de una persona en el CDHP, debe alcanzar el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar cualquier servicio que no sea la atención preventiva. Esto significa que uno o todos los miembros de la familia cubiertos deben alcanzar el deducible familiar de \$3,000 antes de que el CDHP pague por cualquier servicio no preventivo cubierto.

TOME UNA DECISIÓN INFORMADA

Eche un vistazo más profundo a sus necesidades de beneficios para tomar una decisión informada entre nuestros tres planes. Use esta guía y estas otras herramientas para ayudarlo en su toma de decisiones:

Consulte a Alex, nuestro consejero de beneficios virtual. Alex le hará preguntas sobre sus necesidades de beneficios y le hará sugerencias sobre qué plan podría tener más sentido financiero según su respuesta. También lo educará sobre todas sus opciones de beneficios para ayudarlo a decidir qué beneficios satisfarán sus necesidades. Encuentre a Alex en: <https://go.myalex.com/es/stcharleshealthsystem/2023>.

Guía de beneficios en línea (con guía de voz). Puede revisar los beneficios a su propio ritmo y en un momento conveniente para usted. Puedes ver la presentación en: <https://prezi.com/view/1twqPcwoOywfHRjvWcA3/>. Nota: Debe usar uno de los siguientes navegadores web para acceder a nuestra guía en línea: Chrome, Firefox, Edge, Safari (y no Internet Explorer)

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR MÉDICO:

Antes de tener su tarjeta de identificación de Regence:

Nivel 1 - visitar <https://stcharleshealthsystem.sharepoint.com/HealthPlanAdministration/Documents/Regence.pdf> para obtener una lista de proveedores en PDF.

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

Visite www.regence.com

- 1) Seleccione **"Buscar un médico"** en la parte inferior de la página
- 2) En el cuadro emergente, **elija una ubicación** (dirección, ciudad, código postal o **"usar mi ubicación actual"**). En el siguiente cuadro emergente, elija el nombre de la red: Bajo los planes patrocinados por el empleador de Medical-Oregon y Clark County, WA lista, seleccione **"Preferred Network"**
- 3) A continuación, tendrá la opción de buscar:
 - Doctores por Nombre – *un nombre de proveedor específico*
 - Médicos por Especialidad – *sin nombre específico, pero por especialidad*
 - Lugares por nombre – *hospitales, clínicas o atención de urgencia por nombre*
 - Lugares por tipo: *hospitales, clínicas o atención de urgencia por tipo*

Seleccione una de estas opciones.

- 4) Luego sigue las indicaciones. La lista de proveedores generada incluirá si el proveedor está aceptando nuevos pacientes, si tienen idiomas además del inglés y sus áreas de enfoque. Puedes refinar la búsqueda usando los filtros o cambiar el área de búsqueda para acercarte o alejarte de donde estás.

Una vez que se registre en Regence.com o a través de la aplicación, los proveedores enumerados serán específicos para su plan e indicarán si están en la red de nivel 1 de su plan.

RESUMEN DEL PLAN

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

BENEFICIOS MEDICOS	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red	Nivel 1 - SCHS PPO	Nivel 2 - Regence PPO	Nivel 3: fuera de la red
	Deducible por año calendario								
Individual		Solo individual: \$1,500		\$500	\$750	\$1,000	\$4,000	\$5,000	\$7,500
Familia		Cuidador más uno o más miembros de la familia: \$3,000		\$1,500	\$2,250	\$3,000	\$8,000	\$10,000	\$15,000
Máximo de bolsillo por año calendario (deducible incluido)									
¿Qué está incluido en OOP Máximo? Deducible, coseguro y copagos de farmacia									
Individual	\$2,700*	\$5,000*	\$7,500*	\$3,000	\$5,000	\$8,000	\$6,500	\$7,900	\$13,000
Individual con Familia	\$4,200*	\$6,500*	\$9,000*	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Familia	\$6,600*	\$12,900*	\$21,000*	\$9,000	\$13,200	\$24,000	\$13,000	\$15,800	\$26,000
Visitas de atención preventiva									
Visita al médico	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible
Vacunas	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible
Exámenes preventivos y trabajo de laboratorio	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible	100%, deducible renunciado	100%, deducible renunciado	50% después del deducible
Atención ambulatoria									
Visitas al médico de atención primaria	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$15 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$35 por visita, sin deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$60 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible
Visitas de especialistas	80% después del deducible	70% después del deducible	50% después del deducible	100% después de un copago de \$25 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$50 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible	100% después de un copago de \$50 por visita, deducible renunciado	100% después de un copago de \$100 por visita, deducible renunciado	50% después del deducible
Visitas de atención virtual de Doctor on Demand	100% después del deducible	Solo proveedores de Doctor on Demand	Solo proveedores de Doctor on Demand	100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand	100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand	100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand	100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand	100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand	100% de deducible renunciado solo con proveedores de Doctor on Demand

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA: ATENCIÓN MÉDICA

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

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

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

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

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

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



COSAS A CONSIDERAR AL ELEGIR SU PLAN MÉDICO

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

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

¿CÓMO DECIDES?

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

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

Escenario 1: Cobertura solo para el cuidador	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN	PLAN PRIME PPO	PLAN SELECT PPO
Diferencia en el deducible después de la financiación de la cuenta SCHS			
Deducible por año calendario	\$1,500	\$500	\$4,000
SCHS dólares en una cuenta	\$800 en una HSA	Ninguna	\$1,800 en una HRA
Saldo del deducible para cumplir después de aplicar los fondos de la cuenta SCHS	\$700	\$500	\$2,200
Diferencia en deducciones de nómina por año			
Deducciones anuales de nómina	\$948.24	\$1,949.88	\$129.96
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan CDHP	Mismo	+\$1,001.64	-\$818.28
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan Prime PPO	-\$1,001.64	Mismo	-\$1,819.92
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el plan Select PPO	+\$818.28	+\$1,819.92	Mismo

Escenario 2: Cobertura para el cuidador y la familia (cónyuge e hijos)	CAREGIVER DIRECTED HEALTH PLAN	PLAN PRIME PPO	PLAN SELECT PPO
Diferencia en el deducible después de la financiación de la cuenta SCHS			
Deducible por año calendario	\$3,000	\$500 por individuo, pero no más de \$1,500 para todos los miembros de la familia combinados	\$4,000 por individuo, pero no más de \$8,000 para todos los miembros de la familia combinados
SCHS dólares en una cuenta	\$1,600 en una HSA	Ninguna	\$2,400 en una HRA
Saldo del deducible para cumplir después de aplicar los fondos de la cuenta SCHS	\$1,400	Si 3 personas en la familia alcanzan el deducible: \$1,500 Si 2 personas en la familia alcanzan el deducible: \$1,000 Si un miembro de la familia alcanza el deducible: \$500	Si 2 personas en la familia alcanzan el deducible: \$5,600 Si 1 persona en la familia alcanza el deducible: \$1,600
Diferencia en deducciones de nómina por año			
Deducciones anuales de nómina	\$3,667.80	\$6,609.48	\$1,452.24
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan CDHP	Mismo	+\$2,941.68	-\$2,215.56
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el Plan Prime PPO	-\$2,941.68	Mismo	-\$5,157.24
Cómo se comparan las deducciones de nómina con el plan Select PPO	+\$2,215.56	+\$5,157.24	Mismo



Atención virtual

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

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

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

Puede tener una visita por videoconferencia (skype o facetime) o por teléfono, y puede proporcionar fotos de erupciones o infecciones oculares. Simplemente descargue la aplicación para su teléfono inteligente o acceda a ellos a través de la web en www.doctorondemand.com. Los médicos de Doctor on Demand pueden recetar medicamentos, enviando la receta a la farmacia de su elección.

DOCTOR ON DEMAND ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

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

HINGE HEALTH - FISIOTERAPIA VIRTUAL

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

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

Únase para su espalda, rodilla, cadera, cuello, trastorno del suelo pélvico o problemas de hombro. Para obtener más información, llame al 855-902-2777 o presente su solicitud después del 1 de enero de 2023 al www.hingehealth.com/stcharles2023



Programas de Apoyo a la Salud

REGENCE APOYO A LA SALUD Y OTROS PROGRAMAS

Ahora tendrá algunos servicios de apoyo de salud nuevos y emocionantes, opciones de atención virtual y programas de descuento a través de nuestra asociación con Regence. A continuación se incluye una descripción general de estos programas y servicios, quién podría beneficiarse de ellos y cómo acceder a ellos.

Livongo – Apoyo a la salud para la diabetes, la prediabetes y la hipertensión arterial

Si vive con diabetes o presión arterial alta, es muy consciente de lo difícil que puede ser controlar su glucosa o presión arterial para mantener sus lecturas en rangos normales. O tal vez tenga algunos kilos de más que lo ponen en riesgo de diabetes. El programa Livongo lo ayuda a mantener sus lecturas dentro del rango normal o lo ayuda a perder peso para que no se vuelva diabético. Si califica, recibirá:

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

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

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

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

¡EMPEZAR!

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

Administración de la atención de salud

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

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

RAZONES POR LAS QUE REGENCE SE COMUNICARÁ

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

QUÉ PUEDE HACER REGENCE PARA AYUDAR

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

Regence Advantages: programas de descuento

Una ventaja de ser miembro de Regence es que tiene acceso a descuentos para muchos tipos de servicios. Aquí hay una muestra de los servicios en los que Regence se ha asociado para brindar servicios con descuento y bajo costo, fuera de los beneficios de nuestro plan de salud:

- Membresías de gimnasio
- Atención complementaria y alternativa
- Atención de la vista, incluida la cirugía Lasik
- Exámenes de audición y ayudas
- Productos de salud y bienestar de venta libre
- Fitbit: hasta un 20% de descuento en relojes y rastreadores inteligentes Fitbit, además de FB Premium sin costo
- Actividades divertidas como esquí, eventos deportivos, museos, etc.
- Programas de control de peso a través de Optavia y Jenny Craig
- Cuidado de mascotas a través de Banfield Pet Hospitals
- Planificación funeraria
- Servicios de nutrición y comidas a domicilio
- Cuidado de la infertilidad

Para acceder a sus descuentos, visite regence.com o visualícelos a través de la aplicación de su teléfono inteligente. Para obtener más detalles, consulte el folleto publicado en caregiver.net en la página "explore St. Charles/Administración del plan de salud/Regence".

Medicamentos recetados

BENEFICIOS DE FARMACIA

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

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

FORMULARIO: MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS

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

https://www.caremark.com/portal/asset/Advanced_Control_Formulary.pdf

MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO: CÓMO OBTENER UN SUMINISTRO DE 90 DÍAS

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

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA Y TERAPIA ESCALONADA

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



Beneficios Dentales

DELTA DENTAL OF OREGON (UNA EMPRESA DE MODA HEALTH)

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

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

ENCONTRAR UN DENTISTA DE LA RED DE DELTADENTALES FÁCIL:

Visite su sitio web en www.deltadentalor.com y haga clic en "buscar un dentista", o llámelos al **888-217-2365**.

El siguiente es un resumen de nuestro plan dental:

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

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



Beneficios de la vista

VISION SERVICE PLAN

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

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

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

LightCare

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

Terapia de la vista

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

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

EXAMEN SENSORIOMOTOR

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

ENTRENAMIENTO ORTÓPTICO Y/O PLEÓPTICO (SESIONES DE TERAPIA)

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

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

ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE VSP ES FÁCIL:

Simplemente visite www.vsp.com, configure un nombre de usuario y una contraseña haciendo clic en la pestaña "Miembro". Una vez que haya iniciado sesión, puede:

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

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

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

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



Cuentas libres de impuestos

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

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

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

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

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

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

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

Al elegir su FSA, tenga en cuenta que los fondos se usan o se pierden, lo que significa que debe usar los fondos en su cuenta para fin de año. Las excepciones son las FSA de atención médica y de propósito limitado, en las que puede reinvertir hasta \$610 en el próximo año del plan. Todos los demás fondos se perderán. Recuerde, no se le permite usar fondos de atención médica para pagar gastos de guardería ni fondos de guardería para pagar gastos de salud.

FSA de atención médica: Select y Prime PPO

Si elige participar en nuestra FSA de atención médica, puede solicitar que se descuenten hasta \$3,050 de su cheque de pago antes de impuestos para pagar los gastos médicos, dentales y de atención de la vista calificados de su bolsillo. El monto de su elección se deducirá de su cheque de pago en 26 cuotas iguales, pero el monto total está disponible para que usted acceda desde el primer día de cobertura. Esto significa que puede usar toda su elección para pagar gastos calificados en cualquier momento durante el año del plan, incluso si no se ha pagado el monto total.

Solo puede usar sus fondos para gastos calificados permitidos por el IRS. Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, ingrese en línea al sitio web del IRS y vea su "Publicación 502" en: www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-502 o llame a Fidelity al **800-343-0860**.

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

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

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

Si está en el plan médico de CDHP y elige participar en nuestra LPFSA, puede solicitar que se le descuenten hasta \$3,050 de su cheque de pago antes de impuestos para pagar **los gastos calificados de desembolso dental y de cuidado de la vista únicamente**. El monto de su elección se deducirá de su cheque de pago en 26 cuotas iguales, pero el monto total está disponible para que usted acceda desde el primer día de cobertura. Esto significa que puede usar toda su elección para pagar gastos calificados en cualquier momento durante el año del plan, incluso si no se ha pagado el monto total.

FSA de Cuidado de Dependientes

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

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

Los gastos elegibles incluyen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Engage for Health: fondos adicionales en su HRA

St. Charles brinda una oportunidad para que usted y su cónyuge participen en nuestro programa de bienestar Engage for Health que les permite ganar hasta \$500 cada uno, que pueden contribuir a su cuenta HRA. Las recompensas del plan de bienestar obtenidas este año se pagan y depositan en su HRA en enero del próximo año del plan. Debe permanecer en una posición elegible para beneficios hasta el 31 de diciembre del año en que obtuvo la recompensa. Las recompensas del plan de bienestar están disponibles para los cuidadores y cónyuges inscritos en un plan médico de St. Charles hasta el 31 de diciembre del año en que se obtienen las recompensas.

¿Cómo funcionan juntos los planes FSA y HRA?

Si un cuidador tiene tanto una HRA como una FSA de salud, dado que brindan cobertura para los mismos gastos de atención médica, los montos disponibles en virtud de la HRA deben agotarse antes de que se pueda realizar el reembolso de la FSA de salud. Sin embargo, la FSA puede reembolsar un gasto que no sea reembolsable por la HRA antes de que se agote la HRA.

ACEDIENDO A SUS FONDOS

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

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

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

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

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

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

CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES FSA O HRA

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

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

Para facilitar este proceso, hemos hecho arreglos para que Fidelity tenga acceso a los pagos de su plan médico, de farmacia, dental y de la vista para que puedan comparar sus envíos o tarjetas de débito con los gastos de bolsillo después del pago del plan. Esto le evita tener que proporcionar una explicación de las declaraciones de beneficios o los recibos del plan de la vista cuando presente sus reclamos con Fidelity, ya que intentarán verificar sus gastos electrónicamente.

Puede reembolsarse mediante depósito directo a una cuenta bancaria personal, o mediante cheque, o puede pagarle a su proveedor directamente eligiendo "Pagar a otra persona", todo a través del portal en línea de Fidelity en <https://nb.fidelity.com/publico/nb/schs/casa>.

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

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

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

*Los fondos de la HSA normalmente no están sujetos a impuestos cuando se utilizan para gastos de salud permitidos por el IRS. Para obtener una lista completa de los gastos calificados, consulte la Publicación 502 del IRS. Para conocer las reglas completas del IRS para las HSA, visite www.irs.gov/publications/p969

¿Quién no puede tener una HSA?

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

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

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

ACCESO 24/7

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

• Visite el App store o Google Play y descargue la aplicación NetBenefits, o

• Ir <https://nb.fidelity.com/publico/nb/schs/home> para acceder al portal desde su teléfono, computadora de escritorio o tableta.

Contribuciones HSA

La contribución a su HSA depende de a quién elija cubrir en nuestro plan CDHP y su FTE. Aquí está el cronograma de contribuciones y el máximo que permitirá el IRS para 2023, incluidos los fondos de SCHS:

	CONTRIBUCIÓN DE SCHS POR PERÍODO DE PAGO	CONTRIBUCIÓN ANUAL TOTAL DE SCHS (12 MESES)	MÁXIMO PERMITIDO POR EL IRS (SCHS Y CUIDADOR COMBINADOS)
Para aquellos que trabajan de 60 a 80 horas por período de pago			
Solo cuidador	\$30.77	\$800	\$3,850
Cuidador y niño(s)	\$80.77	\$2,100	\$7,750
Cuidador y cónyuge o familia	\$61.54	\$1,600	\$7,750
Para aquellos que trabajan de 40 a 59 horas por período de pago			
Solo cuidador	\$15.38	\$400	\$3,850
Cuidador y niño(s)	\$40.38	\$1,050	\$7,750
Cuidador y cónyuge o familia	\$30.77	\$800	\$7,750

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

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

Para agregar fondos a su HSA, una vez que se inscriba en el CDHP, debe ir a Fidelity NetBenefits (<https://nb.fidelity.com/public/nb/schs/home>) para abrir su HSA. Es necesario registrarse y aceptar los términos y condiciones antes de que pueda recibir o realizar contribuciones a la HSA.

Engage for Health: fondos adicionales en su HSA

St. Charles brinda una oportunidad para que usted y su cónyuge participen en nuestro programa de bienestar Engage for Health que les permite ganar hasta \$500 cada uno, que pueden contribuir a su cuenta HSA. Las recompensas del plan de bienestar obtenidas este año se pagan y depositan en su HSA en enero del próximo año del plan. Debe permanecer en una posición elegible para beneficios hasta el 31 de diciembre del año en que obtuvo la recompensa. Las recompensas del plan de bienestar están disponibles para los cuidadores y los cónyuges inscritos en un plan médico de St. Charles hasta el 31 de diciembre del año de acumulación de recompensas.

Cómo sacar fondos de su HSA

Puede pagar los gastos médicos calificados y reembolsarse a sí mismo en cualquier momento con el dinero de su HSA. Siempre que haya abierto su HSA antes de que se incurra en el gasto, su reembolso estará libre de impuestos. No es necesario que envíe recibos o una explicación de los beneficios para recibir el reembolso, pero deberá mantener la prueba archivada en caso de que el IRS lo audite y necesite una prueba de que los fondos que salen de su HSA son para gastos calificados. Estas son las tres formas en que puede obtener fondos de su HSA:

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



Engage For Health

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



Beneficios y elegibilidad

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

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

Para obtener más información y para inscribirse en el programa de bienestar, cree una cuenta en el portal Engage for Health en www.engageformyhealth.org. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Engage for Health al **541-706-5950** o engagementforhealth@stcharleshealth.care.org.



Beneficios complementarios

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

St. Charles ofrece seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para beneficiar a los cuidadores elegibles sin costo alguno para usted. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a los 90 días de empleo elegible para beneficios, y usted se inscribe automáticamente cuando se vuelve elegible para los beneficios.

Beneficio de vida y AD&D

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

- Una vez su salario base anual hasta un mínimo de \$35,000 y un máximo de \$100,000*
- Si su muerte se debe a un accidente cubierto, su beneficiario recibirá un beneficio adicional igual a su beneficio de vida.
 - Si el accidente tiene como resultado el desmembramiento, como la pérdida de extremidades, la vista, el habla o la audición, el plan también pagará un beneficio.

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

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

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

- Ejemplo: Una vez su salario base anual es \$100,000
- A los 70 años, el beneficio se reduciría a \$65,000
 - A los 75 años, el beneficio se reduciría a \$45,000

Beneficio por muerte acelerada

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

Beneficiario de Vida y AD&D

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

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

PORTABILIDAD O CONVERSIÓN

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

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D

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

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

EMISIÓN GARANTIZADA: FUNCIÓN DE BLOQUEO

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

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

SEGURO DE VIDA ENTERA VOLUNTARIO

El seguro de vida entera brinda una cantidad de cobertura fija con primas y beneficios que no cambiarán a medida que envejezca. La póliza puede acumular valor en efectivo con el tiempo, que puede aplicar a una póliza de vida pagada en su totalidad o incluso pedir prestado más adelante. Otros beneficios incluyen cobertura garantizada, opciones familiares, pagos por reclamos relacionados con accidentes cubiertos y pagos anticipados por enfermedades terminales.

- Vida Entera es la cobertura ideal para las personas que desean que la cobertura se mantenga constante durante toda su vida.
- Los pagos de las primas y los montos de la cobertura se mantienen constantes a lo largo de la vigencia de la póliza, siempre y cuando continúe pagando las primas.
- Usted es dueño de la póliza, por lo que puede mantener su cobertura incluso si deja SCHS ejerciendo la disposición de portabilidad

Usted es elegible para la cobertura el primer día del mes siguiente al empleo elegible para beneficios. La cobertura es completamente voluntaria y usted paga el 100 % con deducciones de nómina después de impuestos. Puede comprar cobertura para usted, su cónyuge y sus hijos o nietos. Tiene que comprar cobertura para usted mismo para comprar cualquiera para sus familiares elegibles. Siempre que se inscriba dentro de los 31 días de su fecha de elegibilidad inicial, puede comprar hasta el monto de la emisión garantizada sin tener que probar su buena salud. Si elige inscribirse para más, o después de su período de elegibilidad inicial, tendrá que probar su buena salud completando un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) y ser aprobado por UNUM.

	CUIDADOR	CÓNYUGE	HIJO(S) O NIETO(S)
Cantidades voluntarias de cobertura de vida entera	Incrementos de \$2,000 a \$300,000	Incrementos de \$2,000 a \$75,000	Incrementos de \$5,000 a \$50,000
Elegibilidad	Póliza individual disponible hasta los 80 años	Póliza individual disponible hasta los 80 años	La cobertura es desde los 14 días hasta los 26 años
Emisión garantizada (no se necesita evidencia de asegurabilidad (EOI))*	No se requiere EOI para montos de cobertura con primas de hasta \$18 por semana. El monto del beneficio variará según la edad.	Los cónyuges pueden comprar montos de cobertura con primas entre el mínimo semanal de \$3 y el máximo semanal de \$10*. El monto del beneficio variará según la edad.	No se requiere EOI para montos de cobertura con primas de hasta \$3 por semana.

*Se requerirá que los cónyuges respondan una pregunta de salud calificada para hacer una elección. Un cónyuge puede recibir una prima semanal de hasta \$3 si UNUM aprueba su respuesta a una pregunta. Se requieren preguntas de salud adicionales para cantidades superiores a la prima semanal de \$3.

LICENCIA PAGADA OREGÓN

¿Qué es el licencia pagado de Oregon?

El permiso pagado de Oregon es un seguro proporcionado por el Estado de Oregon y financiado por los impuestos del empleador y del empleado. Pagará las primas a partir del 1 de enero de 2023 según lo exige el Estado, y los beneficios comenzarán el 3 de septiembre de 2023. Los beneficios se proporcionarán a los empleados de Oregon que hayan ganado \$1,000 en salarios trabajando para cualquier empleador de Oregon durante los 12 meses anteriores a su necesidad del beneficio. El permiso pagado de Oregon se ejecutará simultáneamente con FMLA y OFLA cuando corresponda.

¿PARA QUÉ SE PUEDEN UTILIZAR LOS BENEFICIOS?

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

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

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

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL LICENCIA PAGADO DE OREGON?

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

¿CÓMO FUNCIONA PAID LEAVE OREGON CON NUESTROS PLANES STD Y TIEMPO LIBRE PAGADO EXISTENTES?

St. Charles continuará ofreciendo STD a los cuidadores elegibles. Cuando reciba STD, continuará recibiendo su máximo beneficio de STD, menos cualquier beneficio que sea elegible para recibir a través de la licencia pagada de Oregon. Tenga en cuenta que nuestro beneficio de STD es un porcentaje del salario base, y el licencia pagado de Oregon se basa en la compensación total. Si su beneficio de Licencia Pagado de Oregon es más alto que su beneficio de STD, no se pagará ningún beneficio de STD. Puede elegir usar el tiempo libre acumulado (ETO, PSL, CTO) para complementar su beneficio de Licencia pagada de Oregon hasta el 100 % de su salario base.

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

St. Charles proporciona un seguro de discapacidad a corto plazo para los cuidadores elegibles para beneficios sin costo alguno para usted, y usted se inscribe automáticamente el primer día del mes siguiente a los 90 días de empleo elegible para beneficios. La discapacidad a corto plazo reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Nuestro plan es administrado por UNUM.

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

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

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

SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

St. Charles proporciona un seguro de discapacidad a largo plazo para los cuidadores elegibles para beneficios sin costo alguno para usted, y usted se inscribe automáticamente el primer día del mes siguiente a los 90 días de empleo elegible para beneficios. La discapacidad a largo plazo le proporciona ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. Nuestro plan LTD está asegurado por UNUM.

Los beneficios comienzan una vez que haya estado discapacitado durante 180 días y cumpla con la definición de discapacidad. Una vez que haya sido aprobado para los beneficios, recibirá el 60 % de su salario base*, hasta un máximo mensual de \$5,000. Los beneficios pueden continuar hasta los 65 años o hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social.

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

PLANES DE INDEMNIZACIÓN VOLUNTARIOS

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

Seguro de accidentes

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

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

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

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

Seguro de enfermedades críticas

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

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

¿Quién puede obtener cobertura?

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

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

Enfermedad crítica:

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

Condiciones de cáncer:

- Cáncer invasivo (incluido todo el cáncer de mama) (100%)
- Cáncer no invasivo (25%)
- Cáncer de piel - \$500

Enfermedades progresivas:

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

Condiciones Suplementarias:

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

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

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

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

Seguro de Indemnización Hospitalaria

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

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

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

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

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

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

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

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

MEMBRESÍA AIRLINK – AMBULANCIA AÉREA

Si está inscrito en nuestro plan médico, usted y su familia pueden elegir una membresía de AirLink que comenzará el primer día del mes siguiente al inicio de su empleo elegible para beneficios. SCHS paga las membresías de los cuidadores de tiempo completo. Los cuidadores a tiempo parcial pueden comprar una membresía de AirLink por \$1.54 por período de pago, que se deducirá de la nómina antes de impuestos. Puede registrarse para obtener una membresía de AirLink a través de Workday. Asegúrese de completar el segundo paso haciendo clic en el enlace web de AirLink. Si actualmente está inscrito en AirLink y desea realizar cambios o actualizaciones, vaya directamente a AirLink en: <https://www.airmedcarenetwork.com/businessplanregistration> Código de cupón: 5332-OR-BUS. Tenga en cuenta que solo los dependientes inscritos en un plan médico de SCHS son elegibles para la membresía de Airlink.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CUIDADOR

Nuestro Programa de asistencia para cuidadores brinda ayuda profesional para tratar inquietudes personales que lo afectan a usted y a su familia en el hogar o en el trabajo. Tiene acceso a consejería confidencial para asuntos tales como conflicto marital, ansiedad, depresión, abuso de drogas o alcohol, duelo, problemas de los niños y cualquier otro factor estresante. Los servicios de consejería confidencial están disponibles para los cuidadores y sus familiares llamando al 541-706-2768. Los servicios están disponibles entre las 8 am y las 4:30 pm de lunes a viernes (excepto feriados).

El equipo de Manejo del Estrés en Incidentes Críticos (CISM, por sus siglas en inglés) en St. Charles sirve como una red de apoyo para brindarle a usted y a su familia una intervención de crisis con acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los ejemplos de intervenciones CISM apropiadas incluyen: suicidio, muerte de un compañero de trabajo, lesiones graves en el trabajo, eventos significativos que involucran a niños, eventos centinela, situaciones de amenaza personal o cualquier evento significativo que cause angustia emocional. Para acceder al equipo CISM, llame al 541-706-2715 y seleccione la opción 3.

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS DE UNUM (EAP)

UNUM Work-Life Balance EAP puede ayudarlo a encontrar soluciones para los desafíos cotidianos del trabajo y el hogar, así como problemas más serios relacionados con su bienestar emocional y físico. Los servicios están disponibles para los cuidadores y sus familias que están cubiertos por nuestro plan UNUM LTD. Llame al **800-854-1446** para obtener acceso a asesoramiento y otros servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.unum.com/lifebalance. Ellos pueden ayudarte con:

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

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

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

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

Vía correo electrónico: medservices@assistamerica.com

ASISTENCIA EN VIAJES DE EMERGENCIA EN TODO EL MUNDO

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

PLANIFICACIÓN DE VIDA RECURSOS FINANCIEROS Y LEGALES – PARA ENFERMOS TERMINALES

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

Planes de Jubilación

¿ADÓNDE ACUDIR PARA OBTENER AYUDA?

Para obtener más información o realizar cambios en su cuenta, inicie sesión en **Fidelity NetBenefits** o llame al **800-343-0860**

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

PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN – 403(B)

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

Todos los cuidadores son elegibles para participar en sus fechas de contratación. Después de 90 días de empleo, todos los nuevos cuidadores se inscriben automáticamente en el programa 403(b) con una tasa de contribución del 6 % del pago. Cada mes de abril, su contribución aumentará un 1 % del pago hasta que alcance una tasa de contribución del 10 % hasta un máximo del 100 % de su pago elegible. Puede optar por no participar en estas contribuciones automáticas o cambiar el porcentaje comunicándose directamente con Fidelity.

Una vez que haya completado 12 meses de servicio y esté empleado a tiempo completo o parcial, será elegible para las contribuciones del empleador. St. Charles igualará el 100% del primer 6 % del pago (por período de pago) que aporte a su cuenta 403(b). Contamos con un proceso de ajuste si elige depositar la cantidad máxima en su cuenta 403(b) al comienzo del año. Esto le permite continuar obteniendo la coincidencia de SCHS durante todo el año hasta el máximo del 6%. El máximo del IRS por año calendario que puede contribuir a su 403(b) es \$22,500 o el 100% de su salario. Si tiene 50 años o más, puede contribuir \$7,500 adicionales por año en contribuciones para ponerse al día.

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

Programa de adquisición de derechos

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

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

Nota: Los cuidadores deben completar 1000 horas cada año calendario para recibir un año de servicio con derecho adquirido.

Retiros

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

Reinversión

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



Continuación de la Cobertura

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

	CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA	CÓMO CONTINUAR CON SU COBERTURA
Seguro Médico	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Al elegir y pagar por la continuación de COBRA
Seguro Dental	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Al elegir y pagar por la continuación de COBRA
Seguro de Visión	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Al elegir y pagar por la continuación de COBRA
AirLink	Último día del mes en que finaliza el empleo, o su familiar pierde la cobertura por divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente	Comunicándose directamente con AirMedCare Network para conocer las opciones de inscripción individual
Cuentas de gastos flexibles	Último día del mes en que finaliza el empleo	Al elegir y pagar la continuación de COBRA solo para su cuenta de atención médica
Vida Básica y AD&D	Fecha de terminación	Comuníquese con Recursos Humanos para obtener los formularios necesarios para portar o convertir su cobertura. Debe hacerlo dentro de los 31 días de su terminación.
Vida voluntaria y AD&D	Fecha de terminación	Comuníquese con Recursos Humanos para obtener los formularios necesarios para portar o convertir su cobertura. Debe hacerlo dentro de los 31 días de su terminación.

Información del contacto

Preguntas sobre:	CONTACTO	TELÉFONO O CONTACTO	SITIO WEB
Beneficios o reclamos médicos, de farmacia, de la vista o dentales	Administración del plan de salud de St. Charles	benefits@stcharleshealthcare.org	HR Caregiver Portal
Inscripción u otras preguntas generales sobre beneficios	Recursos humanos de St. Charles	benefits@stcharleshealthcare.org	HR Caregiver Portal
Reclamos médicos, elegibilidad y cobertura	Regence of Oregon	866-240-9580	www.regence.com
Servicios de preautorización médica	Regence of Oregon	866-240-9580	www.regence.com
Red médica de PPO	Regence of Oregon Blue Card - Blue Cross Blue Shield	866-240-9580	www.regence.com
Visita virtual al consultorio médico o asesoramiento sobre salud conductual	Doctor on Demand	800-997-6196	www.doctorondemand.com
Fisioterapia Virtual	Hinge Health	855-902-2777	hingehealth.com/stcharles2023
Reclamaciones de recetas y elegibilidad, preautorización	CVS Caremark	800-552-8159	www.caremark.com
Compra de recetas en el lugar (suministro de hasta 90 días)	La Farmacia Comunitaria en St. Charles, Bend	541-706-7731	
Plan de la vista de VSP	Vision Service Plan	800-877-7195	www.vsp.com
Dental	Delta Dental of Oregon	888-217-2365	www.deltadentalor.com
COBRA	Accrue Cobra Management Services	866-517-7580 x1	cobrasupport@accruems.com
Programa de bienestar	Engage for Health	541-706-5960	www.engageforhealth.org
Cuentas de gastos flexibles	Fidelity Investments	833-299-5089	https://nb.fidelity.com/public/nb/schs/home
Cuenta de reembolso de salud (solo plan Select)	Fidelity Investments	833-299-5089	https://nb.fidelity.com/public/nb/schs/home
Cuenta de ahorros para la salud (solo CDHP)	Fidelity Investments	800-343-0860	https://nb.fidelity.com/public/nb/schs/home

Preguntas sobre:	CONTACTO	TELÉFONO O CONTACTO	SITIO WEB
Vida, AD&D, seguro de vida a término voluntario y AD&D	UNUM	866-220-8460	www.unum.com
Seguro de enfermedad crítica, vida entera, accidente e indemnización hospitalaria Reclamaciones y Atención al Cliente	UNUM	800-635-5597	www.unum.com
Licencias FMLA/OFLA, discapacidad a corto y largo plazo	UNUM	866-269-0759	www.unum.com
Cuestiones de trabajo-vida del cuidador o la familia	Programa de asistencia para cuidadores	541-706-2768	
Equilibrio trabajo-vida EAP	UNUM	800-854-1446	www.unum.com/lifebalance
Asistencia en viaje Servicios de acompañante de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana	UNUM/Assist America	en el E.E. UU. 800-872-1414 Fuera de EE. UU. (código de acceso de EE. UU.) +609-986-1234	www.assistamerica.com Número de referencia: 01-AA-UN-762490
Plan de jubilación 403(b)	Fidelity Investments	800-343-0860	https://nb.fidelity.com/public/nb/schs/home
Servicios financieros y legales de planificación de vida (para cuidadores con enfermedades terminales)	UNUM	800-422-5142	members.healthadvocate.com Ingrese: UNUM-LifePlanning
Beneficio de ambulancia aérea	AirLink	541-241-4772	

DOCUMENTOS Y AVISOS IMPORTANTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

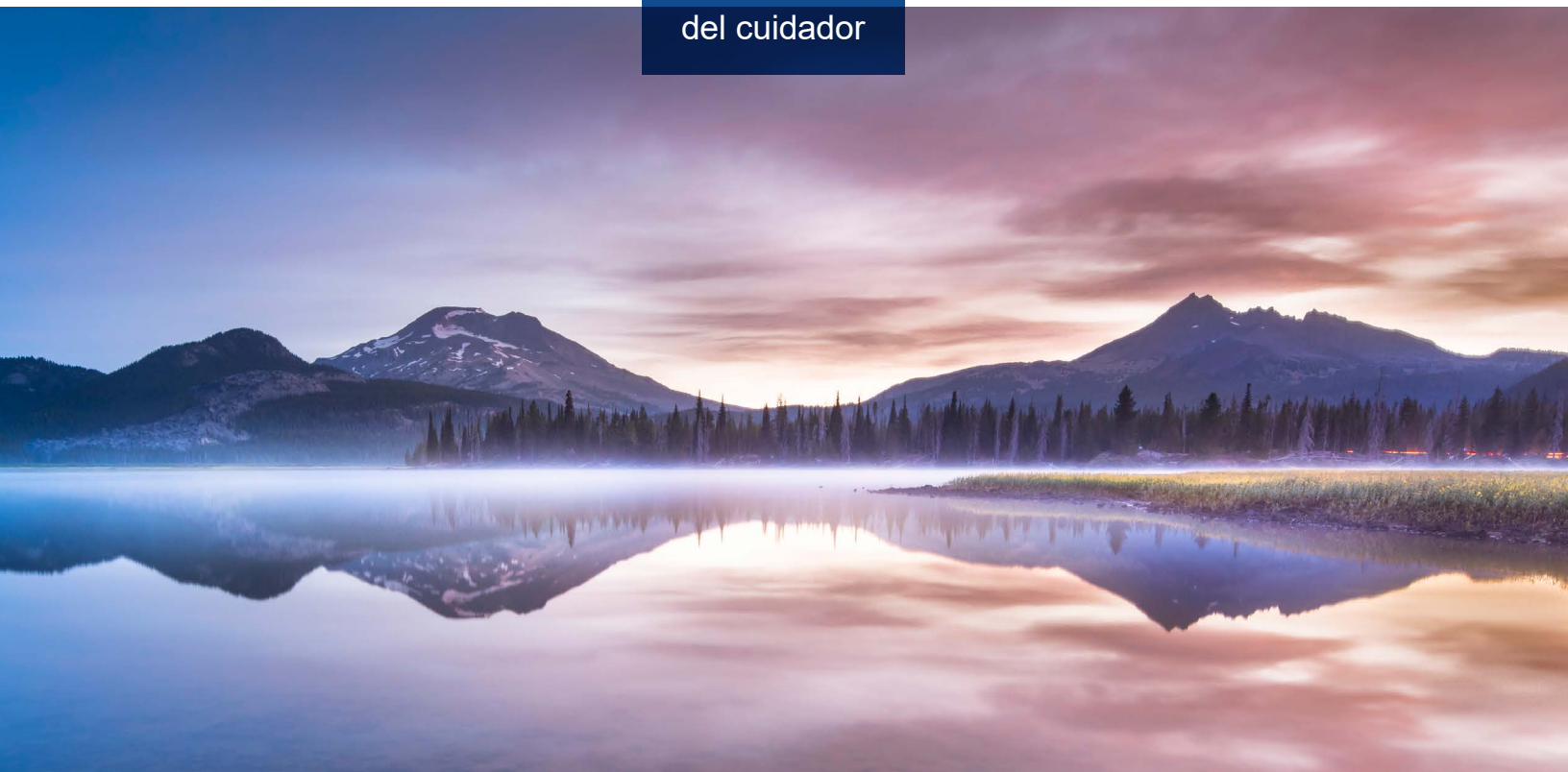
Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

Fecha: 09/30/2022
Nombre de la Entidad/Remitente: St. Charles Health System
Contacto - Posición / Oficina: Health Plan Administration
Dirección: 2500 N.E. Neff Road, Bend, OR 97701
Número de teléfono: (541) 706-5980

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

Beneficios
del cuidador




St. Charles
HEALTH SYSTEM