



**Essential
Worker**
Healthcare Trust



Guía de beneficios del seguro médico

2024



Sus beneficios médicos para el 2024

Atención asequible y de calidad para los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo de Oregón

SEIU 503 y los (las) empleadores(as) responsables de la atención a largo plazo trabajan juntos para proporcionarle un seguro médico excelente a usted y a su familia a bajo costo a través del Fideicomiso de Atención Médica para Essential workers (trabajadores imprescindibles).

Su nuevo plan médico fue diseñado con la ayuda de los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo, en beneficio de los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo. La meta es proporcionar la atención que usted y su familia necesitan por medio de:

- Cuidado preventivo gratuito
- Medicamentos genéricos gratuitos
- Deducible bajo y gastos máximos por cuenta propia

¿Tiene preguntas? ¡Estamos aquí para ayudar!

Si tiene preguntas sobre el estado de una reclamación, o si necesita presentar una reclamación, escribanos un correo electrónico a EssentialWorker@RISEpartnership.com o llame a la Trust Office (Oficina del Fideicomiso) al (833) 389-0027.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse, su prima mensual o su elegibilidad, consulte con el Departamento de Servicios Humanos.



Qué contiene este folleto:

Elija entre dos planes de atención médica: Resumen de los planes	4-5
Elija entre dos planes de atención médica: Comparación de opciones	6-7
Elija entre dos planes de atención médica: Resumen de beneficios de los medicamentos recetados	8-9
Quién es elegible	10
Cuándo inscribirse	11
Consejos útiles: Cómo realizar la transición a un nuevo plan médico	12-13
Cómo aprovechar al máximo su cobertura	14-15

¡Consejo!

Tómese el tiempo necesario para leer la información que contiene este folleto y que le ayudará a entender sus opciones, las medidas que debe tomar y cómo sacar el máximo provecho de su nueva cobertura.



Elija entre dos planes de atención médica

El Fideicomiso ofrece dos opciones de planes médicos: PPO de Regence y HMO de Kaiser Permanente.

Resumen de los planes

Muchos(as) trabajadores(as) de atención a largo plazo podrán elegir entre dos programas: un programa HMO a través de Kaiser Permanente y la cobertura tradicional utilizando la red PPO de Regence. **Si elige Kaiser Permanente HMO, debe utilizar los (las) proveedores(as) de atención médica de Kaiser para que sus servicios estén cubiertos.** Hay centros de Kaiser en los siguientes condados o cerca de estos: Clackamas, Columbia, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington y Yamhill.

Ambos planes cubren los mismos tipos de servicios, y tienen los mismos costos para usted cuando necesite atención. Sin embargo, su funcionamiento es diferente (consulte más información en las páginas 6 y 7). Los cuadros en la página 5 contienen información sobre los niveles de beneficios de los servicios más frecuentes y el costo mensual que le corresponde por la cobertura (también conocido como “prima”).

¡Acceda a sus beneficios en línea!

El EWHT Member Portal (Portal para miembros de EWHT) es una herramienta que le permite acceder a la información de su cobertura médica en línea y mientras viaja. Una vez que active su cuenta, podrá ver su cobertura de beneficios, cargar y administrar documentos de verificación de dependientes y acceder a otros documentos clave sobre los beneficios. ¡Visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) y haga clic en “EWHT Member Portal (Portal para miembros de EWHT)” para empezar!



Cuando utiliza proveedores(as) dentro de la red...	PPO de Regence	HMO de Kaiser Permanente
Deducible anual	\$800 individual/\$1,600 familiar	\$800 individual/\$1,600 familiar
Gastos máximos anuales por cuenta propia	\$2,000 individual/\$4,000 familiar	\$2,000 individual/\$4,000 familiar
Cuidado preventivo	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Visita al consultorio de atención primaria	Usted paga \$20 por visita	Usted paga \$20 por visita
Copago por especialista, terapia física y quiropática	Usted paga \$40 por visita	Usted paga \$40 por visita
Atención de urgencias	Usted paga \$60 por visita	Usted paga \$60 por visita
Sala de emergencias	Usted paga \$160 (se exonera si es hospitalizado(a)), luego paga el 20 % una vez que alcance el deducible	Usted paga el 20 % una vez que alcance el deducible
Otros servicios (como exámenes de laboratorio y radiografías, cirugía, hospitalización, etc.)	Usted paga el 20 % una vez que alcance el deducible	Usted paga el 20 % una vez que alcance el deducible



Comparación de opciones

PPO de Regence

Si está inscrito(a) en PPO de Regence, puede elegir utilizar un (una) proveedor(a) dentro de la red o un (una) proveedor(a) fuera de la red cada vez que reciba atención. El plan le da acceso a una amplia red de proveedores(as) en Oregón y en todo el país.

Además de la cobertura médica integral y de medicamentos con receta, usted tendrá acceso a otros beneficios como miembro del plan PPO de Regence:

MDLIVE: le permite consultar a médicos certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono, mediante la aplicación o por video en línea. Los (las) proveedores(as) de MDLIVE pueden ayudarle a tratar problemas de salud y pediátricos que no son de emergencia. Incluso pueden emitir y enviar recetas a una farmacia cercana (si es necesario).

Consejeros(as): representantes bilingües y biculturales que ofrecen servicio de atención al usuario y apoyo si prefiere hablar en español sobre su atención médica y seguro.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Tipo de plan médico que contrata a proveedores(as) médicos, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores(as) participantes. Usted paga menos si utiliza los (las) proveedores(as) que pertenecen a la red del plan. Puede recurrir a médicos, hospitales y proveedores(as) fuera de la red por un costo adicional.

Más información sobre los planes médicos

Puede encontrar resúmenes más detallados de los planes médicos y el Resumen de Beneficios y Cobertura de cada plan en [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org). Para solicitar una copia impresa, comuníquese con la Trust Office (Oficina del Fideicomiso) al (833) 389-0027.



HMO de Kaiser Permanente

Si usted está inscrito(a) en el HMO de Kaiser Permanente, su atención suele comenzar con su médico de atención primaria (por su sigla en inglés PCP), quien coordina con otros médicos, especialistas y enfermeros(as) el manejo eficaz de su atención.

Para facilitar la atención, la mayoría de los centros de Kaiser Permanente ofrecen un centro único para las consultas médicas, las radiografías, los exámenes de laboratorio, los medicamentos recetados, etc. Salvo en caso de emergencia, los servicios fuera de la red no están cubiertos.

Acceda a la atención médica desde cualquier lugar

Kaiser Permanente ofrece una gran cantidad de opciones convenientes para obtener atención cuando y como usted quiera.

- Teléfono: cuando tenga una afección que no requiera una consulta presencial, ahórrese el desplazamiento hasta el consultorio programando una llamada con un médico de Kaiser Permanente.
- Video: reúnanse directamente con un médico en línea para mayor comodidad y privacidad.
- Correo electrónico: envíe un mensaje al consultorio de su médico en cualquier momento si tiene preguntas de salud no urgentes. Normalmente recibirá respuesta en un plazo de dos días hábiles.
- Sitio web: programe (o cancele) cómodamente sus citas, vea los resultados de los exámenes de laboratorio, realice la reposición de los medicamentos recetados, imprima los registros de vacunación o utilice las guías de salud y otros recursos, y mucho más, todo de forma práctica en línea.
- Teléfono móvil: descargue la aplicación de Kaiser Permanente para tener acceso a su cuenta en todo momento y al alcance de su mano.

Cómo recibir atención mientras viaja

Cuando viaja fuera de su área de servicio de Kaiser Permanente, está cubierto(a) para recibir atención de emergencia y de urgencia en cualquier parte del mundo.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Las HMO tienen su propia red de médicos, hospitales y otros(as) proveedores(as) de atención médica que han acordado aceptar el pago de un determinado nivel por los servicios que prestan. Las HMO suelen ofrecer una atención integral y se centran en la prevención y el bienestar.



Resumen de beneficios de los medicamentos recetados

Ambos planes (PPO de Regence y HMO de Kaiser Permanente) tienen el mismo costo para usted cuando obtiene sus medicamentos recetados. Sin embargo, sus listas de medicamentos (preferidos, no preferidos y no cubiertos) pueden variar.

Si desea consultar el modo en que cada plan cubre sus medicamentos recetados, visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org), donde puede encontrar una descripción detallada de los beneficios en la descripción resumida del plan.

Cuando utiliza una farmacia dentro de la red	Farmacia minorista (suministro para 30 días como máximo)	Farmacia que solicita por correo postal (suministro para 31 a 90 días)
Genérico	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Marca preferida	Usted paga \$30	Usted paga \$60
Marca no preferida	Usted paga \$80	Usted paga \$160
Medicamentos especializados	Usted paga \$100	No cubierto

¡Consejo!

¡Ahorre dinero con el servicio de órdenes de medicamentos por correo postal! Si usted toma los mismos medicamentos todos los meses, puede ahorrar dinero y evitar desplazamientos a la farmacia adquiriendo un suministro para 90 días.



Órdenes de medicamentos recetados por correo postal para PPO de Regence

Con las órdenes de medicamentos recetados por correo postal, su costo para cada suministro de 90 días es:

- Medicamentos genéricos: \$0
- Marca preferida: \$60
- Marca no preferida: \$160

No tiene que pagar los gastos de envío a menos que solicite la entrega inmediata. A continuación le explicamos cómo empezar:

- 1. Pídale a su médico que le prescriba un suministro para 90 días como máximo.** Es posible que quiera dos recetas: un suministro para 90 días que enviará a OptumRx y un suministro para dos o tres semanas que podrá obtener de inmediato en una farmacia minorista mientras espera la entrega.
- 2. Si aún no tiene una cuenta en línea, regístrese en optumrx.com.** Puede completar y enviar su orden de medicamentos recetados en línea o llamar al servicio de atención al usuario al número de teléfono que aparece en el respaldo de su identificación de miembro para obtener ayuda.
- 3. Espere entre dos y tres semanas** para que su orden de medicamentos recetados inicial sea procesada y enviada por correo.
- 4. Realice la reposición en línea,** a través de la aplicación OptumRx o por teléfono.

Órdenes de medicamentos recetados por correo postal para HMO de Kaiser Permanente

Si usted toma los mismos medicamentos todos los meses, podrá utilizar el servicio de órdenes por correo postal para obtener los medicamentos recetados. Su copago por cada suministro de 90 días es:

- Medicamentos genéricos: \$0
- Marca preferida: \$60
- Marca no preferida: \$160

Las órdenes generalmente se procesan dentro de 24 horas y se envían a su casa dentro de 10 días hábiles. La entrega es gratuita a menos que solicite un envío más rápido.

Para empezar, inicie sesión en su cuenta de Kaiser y haga clic en la pestaña “Pharmacy” (Farmacia). Solicite las reposiciones en línea, por teléfono o por correo postal.



Quién es elegible

Usted es elegible si trabaja 30 horas o más en una semana laboral y su empleador(a) lo (la) considera como empleado(a) a tiempo completo. Visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) para encontrar una lista completa de las reglas relacionadas con la elegibilidad y revisar nuestra descripción resumida del plan.

Cónyuge/dependientes

Los (las) dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legal
- Su pareja de hecho, según lo define el Fideicomiso
- Su hijo(a) dependiente hasta los 26 años
- Un (una) hijo(a) adulto(a) con discapacidad, según lo define el Fideicomiso
- Un (una) dependiente para el (la) que tenga una Orden de Apoyo Medico Calificado Infantil
- Un (una) dependiente del (de la) que tenga la tutela legal

Se deben inscribir a los (las) dependientes en el Fideicomiso antes de que sus beneficios comiencen. La documentación de los (las) dependientes es necesaria (por ejemplo, certificado de matrimonio para su cónyuge, o certificado de nacimiento o documentos judiciales para sus hijos(as) dependientes) dentro de los 90 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su dependiente. Si no proporciona la documentación requerida para su(s) dependiente(s) dentro del plazo establecido, su(s) dependiente(s) no estará(n) cubierto(as).





Cuándo inscribirse

Inscripción abierta

La inscripción abierta es la oportunidad que tiene una vez al año para hacer cambios en sus opciones de cobertura por cualquier motivo. Visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) para encontrar información actualizada sobre la inscripción abierta.

Cómo realizar cambios durante el año

Normalmente, no está permitido realizar cambios en su cobertura fuera del período de inscripción abierta, salvo que se produzca un evento calificado, como un nacimiento, una adopción, un matrimonio, un fallecimiento, un divorcio o un cambio en la elegibilidad (como que su jornada cambie de medio tiempo a tiempo completo).

Si tiene un cambio en su situación familiar durante el año, incluyendo:

- matrimonio, divorcio, separación legal, inicio o finalización de una relación de pareja de hecho;
- nacimiento o adopción de un (una) hijo(a);
- fallecimiento de un (una) dependiente; o
- si pierde la cobertura del plan de su cónyuge o pareja de hecho, o una persona dependiente o pareja de hecho que no esté inscrita actualmente pierde otra cobertura de seguro;

se le permitirá revisar sus opciones de cobertura siempre que lo notifique a la Trust Office (Oficina del Fideicomiso) dentro de los 30 días siguientes al cambio. Este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al cambio de situación (excepto en el caso de los (las) recién nacidos(as), que entra en vigencia en la fecha de nacimiento).

Para realizar cambios en su cobertura, comuníquese con su equipo de servicios humanos.



Consejos útiles: Cómo realizar la transición a un nuevo plan médico

Al realizar la transición de un plan a otro, se deben tener en cuenta algunos aspectos que le ayudarán durante el proceso.

Su médico

Si quiere seguir acudiendo a sus actuales proveedores(as), compruebe que estén dentro de la red del plan que elija. Ahorrará dinero si consulta a proveedores(as) dentro de la red. Consulte la página 13 para obtener información sobre cómo buscar proveedores(as) de la red.

Nuevas tarjetas de identificación de beneficios

- Todas las personas inscritas en un plan del Fideicomiso recibirán una nueva tarjeta de identificación de beneficios del miembro. Lleve esta tarjeta siempre con usted y preséntela a los (las) proveedores(as) y en la farmacia.
- Si necesita atención antes de que reciba su nueva tarjeta de identificación, llame a la Trust Office (Oficina del Fideicomiso) al (833) 389-0027.

Gastos previos

Todos los servicios que reciba antes de la primera fecha de cobertura del Fideicomiso de Atención médica para Essential workers (trabajadores imprescindibles) serán pagados por su plan anterior, incluso si las facturas llegan después de que comience su nuevo plan. Si tiene alguna duda sobre esas reclamaciones, comuníquese con su anterior proveedor(a) de seguros.

Año del plan

La cobertura del plan corresponde al año calendario. Su deducible anual y los gastos máximos por cuenta propia se restablecerán el 1.º de enero del 2024, incluso si su año del plan actual no coincide con el año calendario.



Medicamentos recetados

La información sobre sus medicamentos recetados no se transferirá al nuevo plan. Eso significa que tendrá que:

- **Asegurarse de que tiene medicamentos suficientes.** Asegúrese de realizar la reposición de sus medicamentos actuales para que tenga una cantidad suficiente mientras obtiene los nuevos medicamentos recetados y/o se prepara el pedido por correo postal según su nueva cobertura.
- **Esté atento(a) a su nueva tarjeta.** Recibirá una nueva tarjeta de identificación del plan a finales de año con información sobre la cobertura médica y de la cobertura de medicamentos con receta. Cuando adquiera sus medicamentos recetados en el 2024, utilice su nueva tarjeta de identificación.
- **Consulte la nueva lista de medicamentos preferidos.** Consulte la lista de medicamentos preferidos de su nuevo plan (también llamada vademécum) para asegurarse de que sabe cómo se cubrirán sus medicamentos recetados. Consulte las páginas 8 y 9.
- **Obtenga una autorización previa (si es necesario).** Si sus medicamentos recetados requieren una aprobación previa, cuando sea el momento de adquirir una nueva, tendrá que obtener una autorización previa de su nuevo plan.

Consejo: deducibles familiares

Si incluye en la cobertura a sus familiares, se aplicará el deducible familiar. Esto significa que una vez que los gastos combinados de todos(as) los (las) familiares alcancen el monto familiar, el deducible se considerará alcanzado para todos(as) los (las) familiares. El deducible no se aplica a los medicamentos recetados, a las consultas médicas dentro de la red ni al cuidado preventivo dentro de la red.



Cómo aprovechar al máximo su cobertura

El cuidado preventivo es gratuito para usted

El cuidado preventivo cubierto que reciba a través de los (las) proveedores(as) dentro de la red es pagado en su totalidad por cualquiera de las opciones del plan médico, sin deducible, sin copago. Antes de acudir, asegúrese de consultar qué servicios de cuidado preventivo están cubiertos por su plan. Para ver la lista de servicios preventivos e inmunizaciones cubiertos, así como las pautas de edad, visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org).

Consejo sobre los beneficios

Tenga en cuenta que si acude a la consulta de cuidado preventivo, pero luego habla con su médico sobre otros temas, la visita pasará de ser un servicio de cuidado preventivo cubierto al 100 % a una consulta normal con un copago. Los (las) médicos deben proporcionar códigos a la aseguradora para todos los servicios que prestan. Si hay un código correspondiente a un servicio distinto del cuidado preventivo, se le cobrará.

Por ejemplo: John consulta a su proveedor(a) de atención primaria para que le haga un chequeo preventivo anual. Este servicio estaría cubierto al 100 %. Sin embargo, durante la consulta, John le comenta sobre un dolor que ha empezado a tener en la rodilla. El (la) médico le manda a hacer una radiografía. John tiene que pagar \$20 por la consulta más el 20 % de los gastos de la radiografía.

Ventajas de elegir un (una) proveedor(a) de atención primaria (PCP)

Un (una) proveedor(a) de atención primaria (PCP) trata a los (las) pacientes por afecciones comunes como los resfriados y la gripe, los dolores de cabeza, el dolor de espalda, etc. Así mismo, se encargan de tratar enfermedades crónicas como la presión arterial alta, la diabetes, la ansiedad y la depresión. En caso de que tenga un problema de salud que no sea de su competencia, puede remitirle a un (una) especialista. Tener un PCP es una excelente manera de mantener su atención coordinada. También puede ayudarle a hacer un seguimiento de su salud de un año a otro y evitar costosas visitas a urgencias.



Ahorre de dos maneras con los (las) proveedores(as) de la red

Si está inscrito(a) en el HMO de Kaiser Permanente, debe utilizar los (las) proveedores(as) de Kaiser Permanente excepto en caso de emergencia.

Si está inscrito(a) en el PPO de Regence, puede elegir cada vez que reciba atención médica: elija un (una) proveedor(a) dentro de la red o un (una) proveedor(a) fuera de la red. Utilizar proveedores(as) dentro de la red le ayuda a administrar sus costos de dos maneras:

1. Cuando recibe servicios de proveedores(as) dentro de la red, el plan paga la parte más cuantiosa del costo de la mayoría de los servicios, a diferencia de los servicios fuera de la red; es decir, sus beneficios son mayores dentro de la red.
2. Los (las) proveedores(as) dentro de la red no cobrarán más que el “cargo permitido”. El cargo permitido es la tarifa con descuento que Regence ha negociado con sus proveedores(as) dentro de la red preferida. Después de alcanzar su deducible, el plan pagará hasta el cargo permitido, menos cualquier coaseguro o copago que deba.

Cuando utiliza proveedores(as) fuera de la red, puede pagar más de dos maneras:

1. Por lo general, el plan paga una parte menor de los gastos permitidos para la mayoría de los servicios fuera de la red, sus beneficios son menores. El monto que paga el plan se basa en los cargos usuales, acostumbrados y razonables (por su sigla en inglés UCR), pero no necesariamente en lo que cobra su proveedor(a).
2. Además, tendrá que pagar el 100 % de cualquier monto que supere el cargo UCR si su proveedor(a) fuera de la red le cobra más que el cargo UCR.



Essential Worker

Healthcare Trust

¡Estamos aquí para ayudar!

¿Tiene preguntas sobre el funcionamiento de su plan? Visite EssentialWorkerHealth.org, escríbanos un correo electrónico a EssentialWorker@RISEpartnership.com, o llame al (833) 389-0027 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. ¡Estamos aquí para ayudar!