



**Essential
Worker**
Healthcare Trust



Health Insurance Benefit Guide

2023



Your 2023 medical benefits

Affordable, quality care for Oregon's long-term care workers

SEIU 503 and responsible long-term care employers are working together to provide you and your family excellent health insurance at a low cost to you through the Essential Worker Healthcare Trust.

Your new medical plan has been designed with the help of long-term care workers, for long-term care workers. The goal is to provide the care you and your family need with:

- Free preventive care
- Free generic drugs
- Lower deductible and out-of-pocket maximum than current employer options.

Have questions? We're here to help!

If you have questions about how to enroll, the status of a claim, or if you need help filing a claim, email EssentialWorker@RISEpartnership.com or call the Trust office at (833) 389-0027.

If you have questions about your monthly premium or your eligibility, please check in with your human resources department.



What's in this booklet:

Choose between two healthcare plans:

Plans at a glance 4-5

Choose between two healthcare plans:

Comparing your options 6-7

Choose between two healthcare plans:

Prescription drug benefit summary 8-9

Who is eligible 10

When to enroll 11

Helpful tips:

Transitioning to a new medical plan 12-13

Make the most of your coverage 14-15

Tip!

Please take time to read the information in this book to help you understand your options, what actions you need to take, and how to make the most out of your new coverage.



Choose between two healthcare plans

The Trust offers two medical plan options: Regence PPO and Kaiser Permanente HMO.

Plans at a glance

Many long-term care workers will have a choice of two programs: an HMO program through Kaiser Permanente and traditional coverage using the Regence PPO network. **If you choose Kaiser, you must use Kaiser healthcare providers for your services to be covered.** There are Kaiser facilities in or near the following counties: Clackamas, Columbia, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, and Yamhill.

Both plans cover the same kinds of services, with the same costs to you when you need care. How they work is different (see more on pages 6-7). The charts to the right have information on benefit levels for frequently used services, and the monthly cost to you for coverage (also known as the “premium”).

Helpful terms

- Premium – What you pay every month to have coverage
- Deductible – Amount you must pay each year before insurance starts paying for certain services (typically the ones where you pay a percentage instead of a flat dollar amount)
- Coinsurance – Percentage you pay for covered expenses after you meet your deductible
- Copay – Fixed dollar amount you pay for certain services
- Out-of-pocket maximum – The most you’ll pay before plan pays 100% for remainder of the calendar year



When you use in-network providers...	Regence PPO	Kaiser Permanente HMO
Annual deductible	\$800 individual/\$1,600 family	\$800 individual/\$1,600 family
Annual max out-of-pocket	\$2,000 individual/\$4,000 family	\$2,000 individual/\$4,000 family
Preventive care	You pay \$0	You pay \$0
Primary care office visit	You pay \$20 per visit	You pay \$20 per visit
Specialist, physical therapy, chiropractic copay	You pay \$40 per visit	You pay \$40 per visit
Urgent care	You pay \$60 per visit	You pay \$60 per visit
Emergency room	You pay \$160 (waived if admitted to the hospital), then 20% after you meet the deductible	You pay 20% after you meet the deductible
Most other services (such as labs and X-rays, surgery, hospital stays, etc.)	You pay 20% after you meet the deductible	You pay 20% after you meet the deductible



Comparing your options

Regence PPO

If you're enrolled in Regence PPO, you can choose to use an in-network provider or an out-of-network provider each time you receive care. The plan gives you access to a comprehensive network of providers in Oregon and across the country.

Besides comprehensive medical and prescription drug coverage, other benefits you will have access to as a Regence PPO plan member include:

MDLIVE: Lets you visit board-certified doctors 24/7 by phone, app, or online video. MDLIVE providers can help treat non-emergency medical and pediatric health issues. They may even write and send prescriptions to a nearby pharmacy (when appropriate).

Consejeros: Bilingual and bicultural representatives who offer customer service and support if you prefer to speak Spanish when discussing your healthcare and insurance.

PPO – Preferred Provider Organization

A type of health plan that contracts with medical providers, such as hospitals and doctors, to create a network of participating providers. You pay less if you use providers that belong to the plan's network. You can use doctors, hospitals, and providers outside of the network for an additional cost.

More information about the medical plans

More detailed medical plan summaries and the Summary of Benefits and Coverage for each plan are available at [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org). To request a hard copy, contact the Trust office at (833) 389-0027.



Kaiser Permanente HMO

If you are enrolled in the Kaiser Permanente HMO, your care often begins with your primary care physician (PCP), who coordinates with other doctors, specialists, and nurses to effectively manage your care.

For convenience, most Kaiser Permanente facilities provide one-stop shopping for doctor visits, X-rays, lab tests, prescriptions, etc. Except in emergencies, out-of-network services are not covered.

Access health care on the go

Kaiser Permanente offers a host of convenient options for getting care whenever and however you want it.

- Phone – When you have a condition that doesn't require an in-person visit, save yourself a trip to the office by scheduling a call with a Kaiser Permanente doctor.
- Video – Meet face-to-face with a doctor online for convenience and privacy.
- Email – Message your doctor's office at any time with nonurgent health questions. You'll usually get a response within two business days.
- Website – Conveniently schedule (or cancel) appointments, view lab results, refill prescriptions, print vaccination records, or take advantage of health guides and other resources, and more – all conveniently accessible online.
- Mobile – Download the Kaiser Permanente app for up-to-the-minute account access at your fingertips.

Getting care while traveling

When you travel outside your Kaiser Permanente service area, you're covered for emergency and urgent care anywhere in the world.

HMO – Health Maintenance Organization

HMOs have their own network of doctors, hospitals, and other healthcare providers who have agreed to accept payment at a certain level for any services they provide. HMOs often provide integrated care and focus on prevention and wellness.



Prescription drug benefit summary

Both plans—Regence PPO and Kaiser Permanente HMO—have the same cost to you when you have your prescriptions filled. However, their drug lists—which drugs are “preferred,” which are “non-preferred,” and which are not covered—may vary.

To check how each plan covers your current prescriptions, visit [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org), where you can find a detailed description of benefits in the Summary Plan Description.

When you use an in-network pharmacy	Retail pharmacy (up to a 30-day supply)	Mail-order pharmacy (31- to 90-day supply)
Generic	You pay \$0	You pay \$0
Preferred brand	You pay \$30	You pay \$60
Non-preferred brand	You pay \$80	You pay \$160
Specialty drugs	You pay \$100	Not covered

Tip!

Save money with mail order! If you take the same medication(s) every month, you can save money and trips to the pharmacy by filling a 90-day supply.



Mail-order prescriptions for Regence PPO

With mail-order, your cost for each 90-day supply is:

- Generic drugs: \$0
- Preferred brand: \$60
- Non-preferred brand: \$160

You do not pay for postage unless you request overnight delivery. Here's how to get started:

1. **Ask your doctor to prescribe up to a 90-day supply.** You may want two prescriptions – a 90-day supply to send to OptumRx and a two- to three-week supply to fill right away at a retail pharmacy while you wait for delivery.
2. **Register for an online account at optumrx.com** if you don't already have one. You can complete and submit your prescription order online or call customer service at the phone number on the back of your Member ID for assistance.
3. **Allow two to three weeks** for your initial prescription to be processed and mailed.
4. **Refill online**, through the OptumRx app, or over the phone.

Mail-order prescriptions for Kaiser Permanente HMO

If you take the same medication(s) every month, you may use mail order to fill those prescriptions. Your copay for each 90-day supply is:

- Generic drugs: \$0
- Preferred brand: \$60
- Non-preferred brand: \$160

Orders are usually processed within 24 hours and shipped to your home within 10 working days. Delivery is free unless you request faster shipping.

To get started, log on to your Kaiser account and click on the Pharmacy tab.

Request refills online, by phone, or by mail.



Who is eligible

You are eligible if you work 30 hours or more in a workweek and are considered full time by your employer. For a complete list of rules relating to eligibility, please visit EssentialWorkerHealth.org to review our Summary Plan Description.

Spouse/dependents

Eligible dependents include:

- Your legal spouse
- Your domestic partner, as defined by the Trust
- Your dependent child up to the age of 26
- A disabled adult child, as defined by the Trust
- A dependent for whom you have a Qualified Medical Child Support Order
- A dependent for whom you have legal guardianship

Dependents must be enrolled with the Trust before their benefits begin. Dependent documentation is required (e.g. marriage certificate for your spouse, or birth certificate or court documents for your dependent children) within 90 days of your dependent's effective date of coverage. Failure to provide the required documentation for your dependents within the allotted time will result in your dependents not being covered.





When to enroll

Open enrollment

Open enrollment happens each year. This is your once-a-year opportunity to make changes to your coverage choices for any reason.

Making changes during the year

Normally you are not allowed to make changes to your coverage during the year, unless you have a qualifying life event such as a birth, adoption, marriage, death, divorce, or change in eligibility (such as moving from less than 30 hours a week to more than 30 hours a week).

If you have a change in family status during the year, including:

- marriage, divorce, legal separation, starting or terminating a domestic partnership;
- birth or adoption of a child;
- death of any dependent; or
- if you lose coverage under your spouse's or domestic partner's plan, or a Dependent or domestic partner currently not enrolled loses other insurance coverage

you will be allowed to revise your coverage option, provided you notify the Trust office within 60 days of the change. This change will be effective the first day of the month following the status change (except newborns who are effective the date of birth).

To make changes to your coverage, obtain a new enrollment form and return it to the Trust office with appropriate documents.



Helpful tips: Transitioning to a new medical plan

When you move from one plan to another, there are a few things to keep in mind to help smooth the way.

Your doctor

If you want to keep your current provider(s), check to make sure they will be in the network of the plan you choose. You will save money if you see in-network providers. See page 13 for information on how to look up network providers.

New benefit ID cards

- Everyone enrolled in a Trust plan will receive a new benefit member ID card. Please keep this card with you and show it to providers and at the pharmacy.
- If you need care before your new ID card arrives, please call the Trust office at (833) 389-0027.

Previous expenses

Any services you receive prior to your first date of coverage by the Essential Worker Healthcare Trust will be paid by your previous plan, even if the bills arrive after your new plan starts. Contact your previous insurance provider with any questions about those claims.

Plan year

Plan coverage operates on a calendar year basis. Your annual deductible and out-of-pocket maximum will reset on January 1, 2023, even if your current plan year does not run with the calendar year.



Prescriptions

Your prescription drug information will not be transferred to the new plan. That means you will need to:

- **Make sure you have enough.** Be sure to refill your current medications so you have enough to last while you get new prescriptions and/or get mail order set up under your new coverage.
- **Watch for your new card.** You'll get a new plan ID card by the end of the year with both medical AND prescription drug coverage information. When you fill a prescription in 2023, use your new ID card.
- **Check the new preferred drug list.** Check your new plan's preferred drug list (also called a formulary) to be sure you know how your prescription will be covered. See pages 8-9.
- **Get preauthorization (if needed).** If you have a prescription that requires preapproval, when it's time for a new prescription, you'll need to get preauthorization from your new plan.

Tip: Family Deductibles

If you cover family members, the family deductible will apply. This means that once the combined expenses of all family members reach the family amount, the deductible will be considered met for all family members. The deductible does not apply to prescription drugs, network physician office visits, or network preventive care.



Make the most of your coverage

Preventive care is free to you

Covered preventive care received from in-network providers is paid in full by either medical plan option – no deductible, no copay. Before you go, be sure to check which preventive care services are covered by your plan. Visit [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org) for a list of covered preventive services and immunizations, along with age guidelines.

Benefit tip

Keep in mind, if you go in for preventive care, but then talk to your doctor about other issues you have just changed the visit from 100% covered preventive care to a regular office visit with a copay. Doctors must provide codes to the insurance carrier for all the services they provide. If there's a code for something other than preventive care, you will be charged.

For example: John goes to his primary care provider for an annual preventive physical. This service would be covered at 100%. However, during the visit, John brings up a pain he has started having in his knee. His doctor sends him for an X-ray. John now has to pay \$20 for the office visit plus 20% of the charges for the X-ray.

Advantages of choosing a primary care provider (PCP)

A primary care provider (PCP) sees patients for common things like colds and flu, headaches, back pain, etc. They also manage chronic conditions like high blood pressure, diabetes, anxiety, and depression. They can refer you to a specialist if you have a health issue that falls outside their scope. Having a PCP is a great way to keep your care coordinated. They can also help you track your health from year to year and prevent expensive ER visits.



Save two ways with network providers

If you are enrolled in the Kaiser Permanent HMO, you must use Kaiser Permanente providers except in an emergency.

If you are enrolled in the Regence PPO, you have a choice each time you get care – choose an in-network provider or an out-of-network provider. Using in-network providers helps you manage your costs in two ways:

1. When you receive services from in-network providers, the plan pays a larger portion of the cost for most services than it does for out-of-network services – your benefits are higher.
2. In-network providers will not charge more than the “allowable charge.” The allowable charge is the discounted rate Regence has negotiated with their Preferred Network providers. After you meet your deductible, the plan will pay up to the allowable charge, less any coinsurance or copay you owe.

When you use out-of-network providers, you may pay more in two ways:

1. Generally, the plan pays a smaller portion of the allowable charge for most out-of-network services – your benefits are lower. The amount the plan pays is based on the usual, customary, and reasonable (UCR) charge, not necessarily what your provider charges.
2. In addition, you will have to pay 100% of any amount above the UCR charge if your out-of-network provider charges you more than the UCR charge.



Essential Worker

Healthcare Trust

We're here to help!

Questions about how your plan works? Need help with enrollment?

Visit EssentialWorkerHealth.org or call (833) 389-0027 weekdays,
8:00 a.m.-5:00 p.m. We're here to help!



Essential
Worker

Healthcare Trust



Guía de beneficios del seguro médico

2023



Sus beneficios médicos para el 2023

Todos deben inscribirse a fin de tener cobertura médica para el 2023 a través de su empleador

SEIU Local 503 y los empleadores de atención a largo plazo participantes en el estado de Oregón se unieron para formar el Fideicomiso de Atención Médica para Essential Workers (Trabajadores Imprescindibles). ¡Esto significa que tiene nuevas opciones de cobertura médica para el 2023!

¿Actualmente tiene cobertura a través de su empleador? Para tener cobertura en el 2023, debe inscribirse antes del 11 de noviembre del 2022.

¿Tiene cobertura a través de otro medio (por ejemplo, a través de su cónyuge)? Revise estas nuevas opciones y compruebe si se ajustan mejor a sus necesidades.

¿No tiene cobertura? Si se inscribe antes del 11 de noviembre del 2022, podrá disfrutar de su seguro a partir del 1.º de enero del 2023.

Es más asequible que los planes que se ofrecen actualmente a través del trabajo

Estos nuevos planes médicos fueron diseñados con la ayuda de los trabajadores de atención a largo plazo, en beneficio de los trabajadores 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 y gastos máximos por cuenta propia más bajos que las opciones actuales del empleador.



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 trabajadores 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, debe utilizar los proveedores 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 de la derecha 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”).

Términos útiles

- Prima: monto que debe pagar cada mes para tener cobertura
- Deducible: monto que debe pagar cada año antes de que el seguro comience con el pago de ciertos servicios (generalmente aquellos por los que se paga un porcentaje en lugar de un monto fijo en dólares)
- Coaseguro: porcentaje que debe pagar por los gastos cubiertos una vez que alcance su deducible
- Copago: monto fijo en dólares que debe pagar por determinados servicios
- Gastos máximos por cuenta propia: monto máximo que pagará antes de que el plan pague el 100 % por el período restante del año calendario



Cuando utiliza proveedores 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 quiropráctica	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), 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 en PPO de Regence, puede elegir utilizar un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red cada vez que reciba atención. El plan le da acceso a una amplia red de proveedores 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 proveedores 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: 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 médicos, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Usted paga menos si utiliza los proveedores que pertenecen a la red del plan. Puede recurrir a médicos, hospitales y proveedores 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 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 enfermeras el manejo eficaz de su atención.

Para facilitar la atención, la mayoría de los centros de Kaiser Permanente ofrecen un centro de adquisición 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: reúnase 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 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 proveedores 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 actualmente, llame al (833) 389-0027 o visite [EssentialWorkerHealth.org](https://www.essentialworkerhealth.org).

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

Es elegible si tiene programado trabajar **al menos 30 horas por semana** para un empleador participante.

Si actualmente es elegible para recibir los beneficios a través de su empleador, automáticamente es elegible para recibir los beneficios a través del Fideicomiso.

Cónyuge/dependientes

Los dependientes elegibles son:

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





Cuándo inscribirse

Inscripción abierta

La inscripción abierta se realiza cada año en octubre. Este año, el período de inscripción abierta será del 17 de octubre del 2022 al 11 de noviembre del 2022, y la cobertura comenzará el 1.º de enero del 2023. Esta es la oportunidad que tiene una vez al año para hacer cambios en sus opciones de cobertura por cualquier motivo.

Cómo realizar cambios durante el año

Normalmente, no está permitido realizar cambios en su cobertura durante el año, 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 pasar de menos de 30 horas a la semana a más de 30 horas a la semana).

Si se produce un evento calificado a mitad de año, debe realizar los cambios dentro de los 30 días siguientes al evento. El cambio de cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento calificado (en caso de nacimiento, adopción o entrega en adopción, el cambio entrará en vigencia a partir de la fecha del evento calificado).



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 su(s) actual(es) proveedor(es), compruebe que estén dentro de la red del plan que elija. Ahorrará dinero si consulta a proveedores dentro de la red. Consulte la página 13 para obtener información sobre cómo buscar proveedores 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 proveedores 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 correspondientes al 2022

Cualquier servicio que reciba durante el 2022 será pagado por su cobertura actual, incluso si las facturas llegan en el 2023. Si tiene alguna duda sobre esas reclamaciones, comuníquese con su proveedor de seguros del 2022.

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 2023, 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.
- **Estar atento 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 2023, utilice su nueva tarjeta de identificación.
- **Consultar 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.
- **Obtener 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 los familiares alcancen el monto familiar, el deducible se considerará alcanzado para todos los 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 proveedores 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 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 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 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 proveedor de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria (PCP) trata a los 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 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 proveedores de la red

Si está inscrito en el HMO de Kaiser Permanente, debe utilizar los proveedores de Kaiser Permanente excepto en caso de emergencia.

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

1. Cuando recibe servicios de proveedores 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 proveedores 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 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 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.
2. Además, tendrá que pagar el 100 % de cualquier monto que supere el cargo UCR si su proveedor 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? ¿Necesita ayuda con la inscripción?

Visite EssentialWorkerHealth.org o llame al (833) 389-0027 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. ¡Estamos aquí para ayudar!