



LE DAMOS LA BIENVENIDA A CAPITAL BLUE CROSS



Para empleados de Penn Medicine Lancaster General Health

Julio de 2024

MyHealthToolkitCapital.com

Programas de beneficios de atención médica emitidos o administrados por Capital Blue Cross y/o sus subsidiarias, Capital Advantage Insurance Company®, Capital Advantage Assurance Company® y Keystone Health Plan® Central. Licenciatarios independientes de la Asociación Blue Cross Blue Shield que prestan servicios en 21 condados en el centro de Pensilvania y Lehigh Valley. Comunicaciones emitidas por Capital Blue Cross en su calidad de administrador de programas y relación con proveedores para todas las empresas.

ÍNDICE

Información básica sobre el plan de salud

Comience a disfrutar de sus beneficios y descubra cómo mantenerse al corriente de los detalles de su plan de salud.

Cómo recibir atención médica y qué sucede después

Nuestros consejos y herramientas le permiten encontrar la atención médica que necesita y realizar un seguimiento de los beneficios y los pagos

Programas de salud y bienestar personalizados

Su empleador se asoció con nosotros para invertir en programas diseñados para mejorar su salud y abordar los problemas a los que podría enfrentarse.

Otros beneficios importantes

Programas y ventajas adicionales que le permitirán aprovechar al máximo sus beneficios



Penn Medicine
Lancaster General Health

LIVE YOUR LEGACY

MY BEST MY PASSION MY COMMITMENT MY BEST MY PASSION MY COMMITMENT

Estimados colegas de LG Health:

La inscripción anual para acceder a los beneficios de Penn Medicine Lancaster General Health se encontrará abierta del 22 de abril al 5 de mayo de 2024. Las opciones que seleccione durante el período de inscripción serán válidas del 1.º de julio de 2024 al 30 de junio de 2025.

Las ofertas de beneficios anuales incluyen programas que reflejan nuestro deseo de proporcionarle al personal un paquete integral de recompensas que incluye un salario básico competitivo, seguro de salud y programas de apoyo para la familia, al mismo tiempo que mantenemos nuestro compromiso con la sostenibilidad financiera. Lea atentamente la información que se incluye a continuación.

Novedades a partir del 1.º de julio de 2024

Primas para atención médica y dental

- Las primas para atención médica* aumentarán ligeramente (3 %) y las nuevas tarifas que se verán reflejadas en el primer pago de julio, con fecha 12 de julio de 2024.
- Las primas dentales también cambiarán y permitirán una alineación de estas primas en todas las entidades de UPHS (Philadelphia, Chester County, Lancaster General y Princeton). Esto significa que habrá una reducción, o un aumento en las primas dentales, dependiendo del nivel de cobertura seleccionado hasta el 1.º de julio de 2024.
- Las primas de atención de la visión no aumentarán.

* Los cambios en la prima solo afectan al LG Select Health Insurance Plan (plan de seguro de salud LG Select), en el que los empleados pagan una prima quincenal por su seguro de salud. Los empleados que utilicen el LG Consumer Health Insurance Plan (plan de seguro de salud LG Consumer) seguirán sin pagar una prima por su seguro de salud.

Cuentas de gastos flexibles y cuenta de ahorros para atención médica

- El monto máximo que los empleados pueden aportar a una cuenta de gastos flexibles (Flexible Savings Account, FSA) para la atención médica para el año del plan de beneficios 2024-2025 aumentará a \$3,200 en las ganancias antes de impuestos. El límite anterior era de \$3,050.
- El monto máximo que los empleados pueden aportar a su cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) durante el año del plan de beneficios 2024-2025 es de \$4,150 para la cobertura individual o \$8,300 para la cobertura familiar. Los empleados de 55 años o más pueden hacer un aporte adicional de "recuperación" de \$1,000.

Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo

- Los empleados que elijan el Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo por primera vez durante la inscripción anual a los beneficios deberán responder preguntas médicas para que se les apruebe la cobertura.

Tarjetas de identificación de medicamentos recetados

- Los empleados recibirán nuevas tarjetas de identificación de medicamentos recetados que reflejen el reciente cambio de nombre de Southern Scripts a Liviniti. Este nuevo documento de identificación llegará antes de finales de junio de parte de Liviniti.

Recordatorio: Los beneficios se renovarán automáticamente, salvo el caso de las cuentas de gastos flexibles y de ahorros para la salud. Usted debe volver a elegir las cuentas de gastos flexibles y de ahorro para la salud todos los años.

¿Preguntas? Comuníquese con el Equipo de beneficios de LG Health a lgh-benefits@pennmedicine.upenn.edu.



Penn Medicine Lancaster General Health proporciona un paquete de compensación integral que incluye beneficios de seguro de grupo. En la Guía de beneficios de Capital, se proporciona un resumen general de estas opciones de beneficios como referencia útil. Consulte las políticas de Penn Medicine Lancaster General Health, el sitio web de beneficios o los Certificados de cobertura para ver descripciones detalladas de todos los programas de beneficios para empleados disponibles y sus disposiciones.

Avisos importantes para los participantes y beneficiarios del plan

El Gobierno Federal ha dispuesto varios avisos como Avisos Importantes para los participantes de nuestro plan médico:

- Ley de reautorización de programas de seguro de salud para niños (CHIP, por sus siglas en inglés)
- Aviso HIPAA de prácticas de privacidad
- Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
- Resumen de beneficios y cobertura
- Ley de derechos de la mujer para la salud y el cáncer de 1998
- Aviso de cobertura del mercado de seguros de salud

Todos los avisos anteriores se pueden ver en su totalidad en el sitio web de beneficios para empleados en <https://www.lghealthbenefits.com/resources/required-notice/>

Descripción resumida del plan

Todas las descripciones resumidas del plan se pueden ver en el sitio web de beneficios para empleados en <https://www.lghealthbenefits.com/resources/summary-plan-descriptions/>

Las copias impresas completas también se pueden enviar directamente a su casa. Envíe sus solicitudes a: Lgh-benefits@pennmedicine.upenn.edu

Elegibilidad del empleado

- Los empleados son elegibles para participar en las ofertas médicas, dentales y de la visión si son empleados de jornada completa (FTE) de 5 o más (20 horas semanales).
- La cobertura entrará en vigor el 1.º del mes siguiente a la Fecha de contratación. Por ejemplo, si a usted lo contratan el 11 de abril, su cobertura entrará en vigor el 1.º de mayo.

Finalización

Los beneficios finalizarán al final del mes de la terminación del empleo.

Elegibilidad de dependientes

¿Quiénes son dependientes elegibles?

Entre los dependientes elegibles para los **planes de salud, dental o de la vista**, se incluye a:

- Al cónyuge (del mismo sexo u opuesto), reconocido legalmente por el estado de Pennsylvania.
- A los hijos menores de 26 años del empleado; se incluyen los hijos biológicos, los hijastros, los hijos legalmente adoptados, independientemente de su estado civil, y los hijos a los que les debe proporcionar cobertura médica bajo una Orden de manutención médica de los hijos calificada.



- A los hijos de cualquier edad del empleado, sean solteros o casados, que sean incapaces de cuidarse por sí mismos, que hayan contraído una discapacidad mental o física antes de la edad límite de 26 años y que dependen de usted para más de la mitad del mantenimiento y cuidado.

Nota: Todos los dependientes deben inscribirse con el nombre que figura en su Tarjeta de seguro social.

Regla del cónyuge elegible*

Los cónyuges pueden elegir entre LG Consumer Plan o LG Select Plan como plan principal si:

- Son trabajadores por cuenta propia (nota: las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo no están cubiertas)
- Están desempleados
- Son empleados, pero el empleador no ofrece seguro médico
- Son empleados, pero pagan el 50 % o más del gasto de la cobertura de seguro médico individual de su empleador

Si el cónyuge paga menos del 50 % del gasto de la cobertura de seguro médico individual de su empleador, los planes de seguro médico de LG estarán disponibles como cobertura secundaria si así lo desea.

* La Regla del cónyuge elegible solo corresponde a los planes de seguro médico. Los planes dentales y de la visión no se rigen por la Regla del cónyuge elegible.

Verificación de la elegibilidad de los dependientes

Después de la inscripción de los dependientes, recibirá la tarea “Revisar documentos” como una Tarea pendiente en la bandeja de entrada de Workday. En esta tarea, se incluirá una fecha de entrega límite para la inscripción y los documentos. El enlace a la matriz de la documentación del sitio web de beneficios le proporciona una matriz de documentación y listas de los formularios de verificación y documentación aceptables. Nota: El Formulario de elegibilidad del cónyuge se debe completar si se agrega a un cónyuge al seguro de salud. Si solo se agrega a un cónyuge al seguro dental o de la visión, este formulario no se solicitará. La auditoría se utiliza para verificar la identidad del dependiente, la elegibilidad y la escritura correcta de su(s) nombre(s). Todos los dependientes inscritos deben estar cubiertos con el nombre que figura en su Tarjeta de seguro social.

Los dependientes recientemente inscritos no serán elegibles para la cobertura hasta que se haya verificado su elegibilidad y se hayan aceptado/aprobado los documentos en Workday. Si la verificación no se recibe antes de la fecha límite de la auditoría, sus dependientes no recibirán cobertura de los planes de beneficios de salud, dental o de la visión.

Envíe sus preguntas por correo electrónico a lgh-benefits@penmedicine.upenn.edu

Breve resumen de LG Select

Características del plan	Proveedores de nivel 1	Proveedores de nivel 2	Proveedores no preferidos*
Deducible anual (ded.): integrado Individual Familiar	\$250 \$500	\$750 \$1,500	\$900 \$1,800
	Copago dentro de la red	Copago dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios de médicos Médico de familia personal Especialista Visita virtual al médico de familia personal Atención Urgente Clínicas de salud dentro de tiendas Penn Medicine OnDemand	\$15 (Sin ded.) \$30 (Sin ded.) \$20 (Sin ded.) \$30 (Sin ded.) \$15 (Sin ded.) \$0 (Sin ded.)	\$40 (Sin ded.) \$50 (Sin ded.) \$20 (Sin ded.) \$50 (Sin ded.) \$40 (Sin ded.) N/C	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* \$50 (Sin ded.) El plan paga el 60 %* N/C
	Copago dentro de la red	Copago dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Hospitalización de un paciente Servicios del centro Servicios de médicos	100 % (después del copago de \$200 por admisión) Después del ded., el plan paga el 90 %	Después del deducible El plan paga el 80 %* ¹ El plan paga el 80 %*	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %*
Servicios y suministros de diagnóstico Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios Laboratorios independientes	El plan paga el 100 % N/C	Después del deducible El plan paga el 80 % El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %*
Cirugía ambulatoria Centro ambulatorio o quirúrgico Servicios en centros ambulatorios o quirúrgicos Servicios en el consultorio del médico	El plan paga el 100 % Después del ded., el plan paga el 90 % Después del ded., el plan paga el 90 %	Después del deducible El plan paga el 80 % El plan paga el 80 % El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %*
Prevención/bienestar Exámenes para adultos y niños sanos	El plan paga el 100 %	El plan paga el 100 %	Después del deducible El plan paga el 60 %*
Administración de medicamentos recetados de especialidad Paciente hospitalizado, consultorio del médico, paciente ambulatorio Hospital o centro	El plan paga el 100 %	Después del deducible El plan paga el 60 %	Sin cobertura
Atención en la sala de urgencias Atención de urgencia Atención que no es de urgencia	Después del deducible El plan paga el 80 % El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 80 % El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 80 %* El plan paga el 80 %*
Servicios de rehabilitación Terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria	El plan paga el 90 % (sin ded.)	Después del deducible El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 60 %*
Servicios de salud conductual Servicios ambulatorios Telemedicina Paciente hospitalizado por problemas de salud mental/consumo de sustancias Sala de urgencias/evaluación de crisis	Copago de \$15, sin deducible Copago de \$15, sin deducible 100 % después del copago de \$200 El plan paga el 80 % después del deducible	Copago de \$40, sin deducible Copago de \$15, sin deducible El plan paga el 80 % después del deducible* ¹ El plan paga el 80 % después del deducible	Después del deducible El plan paga el 60 % El plan paga el 60 % El plan paga el 60 %* El plan paga el 80 %
	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Límite anual del gasto de bolsillo Incorporado Individual Familia	\$1,500 \$3,000	\$3,750 \$7,500	\$6,400* \$12,800*

¹ Se aplicará un copago de \$5,000 para las visitas de pacientes hospitalizados que no corran riesgo de muerte en los siguientes hospitales: Penn State Milton S. Hershey Medical Center, WellSpan York Hospital, WellSpan Ephrata Community Hospital, Reading Hospital, UPMC Lititz, Penn State Health St. Joseph Medical Center, UPMC Harrisburg, Lebanon VA Medical Center, Nemours Children's Hospital, WellSpan Good Samaritan Hospital y Penn State Health Lancaster Medical Center. * Pagado en UCR (usual, habitual y razonable). Este documento es solo un resumen. En caso de discrepancias entre este documento y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan.

Breve resumen de LG Consumer

Características del plan	Proveedores de nivel 1 y nivel 2	Proveedores no preferidos*
Deducible anual – integrado Solo individual** Familiar, por miembro de la familia** Familiar, total**	\$2,000 \$3,000 \$4,000	
	Copago dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios de médicos Médico de familia personal Especialista Visita virtual al médico de familia personal Atención Urgente Clínicas de salud dentro de tiendas Penn Medicine OnDemand	Después del deducible \$20 \$35 \$20 El plan paga el 90 % El plan paga el 90 % \$49 antes del ded./\$20 después del ded.	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* El plan paga el 90 %* El plan paga el 90 %* N/C
	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Hospitalización de un paciente Servicios del centro Servicios de médicos	Después del deducible El plan paga el 90 % ¹ El plan paga el 90 %	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %*
Servicios y suministros de diagnóstico Servicios para pacientes hospitalizados Servicios para pacientes ambulatorios Laboratorios independientes	Después del deducible El plan paga el 90 % El plan paga el 100 % Nivel 1: N/C, Nivel 2: el plan paga el 90 %	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %*
Cirugía ambulatoria Centro ambulatorio o quirúrgico Servicios en centros ambulatorios o quirúrgicos Servicios en el consultorio del médico	Después del deducible El plan paga el 100 % El plan paga el 100 % El plan paga el 90 %	Después del deducible El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %* El plan paga el 60 %*
Prevención/bienestar Exámenes para adultos y niños sanos	El plan paga el 100 %	Después del deducible El plan paga el 60 %*
Atención en la sala de urgencias Atención de urgencia Atención que no es de urgencia	Después del deducible El plan paga el 80 % El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 80 %* El plan paga el 80 %*
Administración de medicamentos recetados de especialidad Consultorio médico para pacientes internados Hospital o centro para pacientes ambulatorios	Después del deducible El plan paga el 60 %	Sin cobertura
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Terapias físicas, ocupacionales, del habla y respiratorias	Después del deducible El plan paga el 90 %	Después del deducible El plan paga el 60 %*
Servicios de salud conductual Servicios ambulatorios Telemedicina Paciente hospitalizado por problemas de salud mental/consumo de sustancias Sala de urgencias/evaluación de crisis	Después del deducible \$20 \$15 El plan paga el 90 % ¹ El plan paga el 80 %	Después del deducible El plan paga el 60 % El plan paga el 60 % El plan paga el 60 %* El plan paga el 80 %
	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Límite anual de gastos de bolsillo: incorporado Solo individual Familiar: Por Miembro de la familia Familiar, total	\$4,000 \$4,000 \$8,000	\$6,000 * \$12,000 *

¹ Se aplicará un copago de \$5,000 para las visitas de pacientes hospitalizados que no corran riesgo de muerte en los siguientes hospitales: Penn State Milton S. Hershey Medical Center, WellSpan York Hospital, WellSpan Ephrata Community Hospital, Reading Hospital, UPMC Litzitz, Penn State Health St. Joseph Medical Center, UPMC Harrisburg, Lebanon VA Medical Center, Nemours Children's Hospital WellSpan Good Samaritan Hospital y Penn State Health Lancaster Medical Center.

Si no utiliza un proveedor preferido de LG Health, Penn Care, CHOP, Eliance Health Solutions, Quest, PHC o Capital, la cobertura se reducirá al nivel de seguro de proveedor no preferido. Los servicios preventivos debe prestarlos un médico de familia personal, obstetra/ginecólogo, internista o pediatra. De lo contrario, la cobertura se reducirá al nivel de seguro de proveedor no preferido, después del deducible.

* Pagado en UCR (usual, habitual y razonable)

**El Plan comienza a realizar pagos para un miembro de la familia tan pronto como ese miembro de la familia haya alcanzado su deducible por miembro de la familia. Una vez que se alcanza el deducible por miembro de la familia, según lo exige el IRS, el deducible total de la familia puede cubrirse con los gastos combinados de todos los miembros de la familia. Este documento es solo para fines de resumen. El documento oficial del plan prevalecerá si existe alguna discrepancia entre este documento y el documento del plan.



Penn Medicine

Lancaster General Health

CÓMO FUNCIONAN LOS DEDUCIBLES INCORPORADO



El Select Plan (plan Select) tiene un deducible *incorporado* y un máximo de gastos de bolsillo *incorporado*.

El Consumer Plan (plan Consumer) tiene un deducible *incorporado* y un máximo de gastos de bolsillo *incorporado*.



PLAN SELECT

Deducible anual (Nivel 1)

Solo empleado inscrito

- \$250 individual

Empleado + 1 o más inscritos

- \$250 por miembro de la familia (incorporado)
- \$500 acumulado por la familia

Gastos médicos

- John: \$75
 - Jane: \$125
 - Jack: \$250
- Acumulado por la familia gastos = \$450**

PLAN CONSUMER

Deducible anual (Nivel 1)

Solo empleado inscrito

- \$2,000 individual

Empleado + 1 o más inscritos

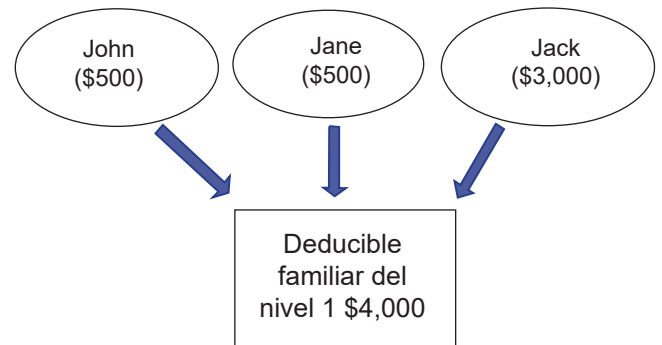
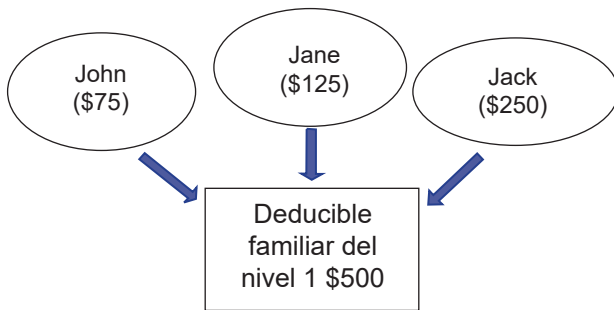
- \$3,000 por miembro de la familia* (incorporado)
- \$4,000 acumulado por la familia

Gastos médicos

- John: \$500
 - Jane: \$500
 - Jack: \$3,000
- Acumulado por la familia gastos = \$4,000**

Con un **deducible familiar incorporado**, el plan comienza a realizar pagos a un miembro de la familia tan pronto como dicho miembro de la familia haya alcanzado su deducible familiar o se haya alcanzado el deducible familiar con gastos acumulativos de todos los miembros de la familia.

Con un **deducible familiar incorporado**, el plan comienza a realizar pagos a un miembro de la familia tan pronto como dicho miembro de la familia haya alcanzado su deducible familiar o se haya alcanzado el deducible familiar con gastos acumulativos de todos los miembros de la familia.



Jack se tuerce la muñeca y debe ir al departamento de emergencias. ¿Se aplicará el coseguro inmediatamente dado que ya alcanzó el deducible individual de \$250? **SÍ**.

Jane se tuerce el tobillo y debe ir al departamento de emergencias. ¿Se aplicará el coseguro de inmediato, ya que no ha alcanzado el deducible de \$3,000 por miembro de la familia? **SÍ**.

Jack solo tiene que cumplir con su deducible individual antes de que se aplique el coseguro, lo cual hizo antes de ir al hospital. Con solo \$450 en gastos del deducible familiar aplicado, si John o Jane se hubieran torcido la muñeca, él o ella tendría que satisfacer los \$50 restantes del deducible familiar antes de que se aplicara el coseguro.

Jane no tuvo que alcanzar su deducible de \$3,000 por miembro de la familia porque el deducible familiar de \$4,000 se había alcanzado primero con los gastos combinados de cada miembro de la familia.

*Deducible mínimo por miembro de la familia según lo requerido para los planes compatibles con HSA

Primas de seguro de salud, dental y de la vista*

PRIMAS DE EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO POR PAGO (Incluye empleados con un FTE de 0.9 o más)						
	LG Consumer	LG Select	LG Dental	LG Dental Plus	Vision	Vision Plus
Empleado	\$0.00	\$55.16	\$5.55	\$7.79	\$2.15	\$4.11
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$139.51	\$10.32	\$14.19	\$4.30	\$8.22
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$113.56	\$12.45	\$16.52	\$4.51	\$8.63
Familia	\$0.00	\$164.39	\$18.40	\$25.34	\$6.66	\$12.74

PRIMAS DE EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL POR PAGO (Incluye empleados con un FTE de entre 0.5 y 0.8)						
	LG Consumer	LG Select	LG Dental	LG Dental Plus	Vision	Vision Plus
Empleado	\$0.00	\$88.68	\$9.06	\$12.73	\$2.15	\$4.11
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$201.16	\$16.85	\$23.16	\$4.30	\$8.22
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$152.49	\$20.32	\$34.09	\$4.51	\$8.63
Familia	\$0.00	\$231.44	\$30.03	\$41.37	\$6.66	\$12.74

* Las primas reflejadas anteriormente estarán vigentes desde el 1.º de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025

Información de procesamiento

Número del grupo: LGHRX4U

Identificación del miembro: se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro

Número de identificación bancaria (BIN): 015433

PCN: SSN (SSN es un acrónimo de red; no se refiere al número de seguro social)

PBM: Liviniti, anteriormente Southern Scripts

Descubra qué está cubierto

1. Visite liviniti.com/members
2. Inicie sesión en su página PMLGH con su número de grupo (LGHRX4U)
3. En **Search For Medications (Buscar medicación)**, escriba el nombre de la medicación y haga clic en Buscar

Notas sobre los deducibles

LG Consumer:

- Este plan tiene un deducible que se aplica a las recetas médicas y las reclamaciones médicas.
- Después de que se alcance el deducible, el miembro paga los copagos correspondientes.
- Una vez que un miembro activo de la familia alcance el deducible de \$3,000, solo es necesario que otro miembro de la familia alcance \$1,000 adicionales para alcanzar el deducible familiar.
 - Por ejemplo: \$3,000 + \$1,000 = deducible familiar de LG Consumer de \$4,000.

LG Select:

- Este plan no tiene un deducible que se aplique a las recetas.

Notas sobre los gastos de bolsillo

Todos los copagos de medicamentos recetados se relacionan con los límites anuales del gasto de bolsillo del plan de seguro de salud que seleccionó el miembro.

Gasto máximo de gastos de bolsillo de LG Consumer:

- Individual \$4,000/Familiar \$8,000

Gastos de bolsillo de LG Select:

- Gasto de bolsillo Nivel 1: Individual \$1,500/ Familiar \$3,000
- Gasto de bolsillo Nivel 2: Individual \$3,750/ Familiar \$7,500

Puede surtir sus recetas en las farmacias de conveniencia de la red LGH, las farmacias UPHS o una farmacia minorista de la red de farmacias de Liviniti. También puede hacerlo a través de la entrega a domicilio de la farmacia de conveniencia de LGH.

Los copagos de los miembros son los mismos en los planes LG Consumer y LG Select.

		Farmacia de conveniencia de LG Health	Farmacia de la red
Suministro para 30 días como máximo	Genérico	\$5	\$15
	Medicamento de marca preferido	\$15	\$45
	Medicamento de marca no preferido	\$30	\$75
	Medicación especializada Surtir solo en una Farmacia de conveniencia de LG Health	\$0	N/C
Suministro para 90 días como máximo	Genérico	\$10	\$30*
	Medicamento de marca preferido	\$30	\$90*
	Medicamento de marca no preferido	\$60	\$150*

* Las recetas para un suministro extendido por días (de 31 a 90 días) solo están disponibles en las farmacias de conveniencia de LG Health o por pedido por correo.

Consejos para ahorrar gastos

Los medicamentos utilizados para tratar la presión arterial alta y el colesterol alto se pueden surtir en las farmacias de conveniencia de LG Health sin costo.

¡Retire sus medicamentos en una **farmacia de conveniencia de LG Health** y ahorre dinero! Si retira un medicamento genérico todos los meses, puede **ahorrar \$120 al año** en una receta si elige una farmacia de conveniencia de LG Health.

* Los beneficios anteriores solo se aplican a las recetas surtidas en las farmacias de conveniencia de LG Health. Para obtener más información sobre los beneficios de los medicamentos recetados, envíe un correo electrónico a lgh-benefits@pennmedicine.upenn.edu

Maximice su valor gracias a las farmacias de conveniencia de LG Health

Oportunidades para ahorrar en sus recetas

Variable Copay™ reduce el costo de medicamentos especializados y de marca elegibles mediante el uso de cupones proporcionados por el fabricante. Este programa está disponible a través de las farmacias de conveniencia de LGH.

Elija entre diversas opciones de farmacias

- Realice los pedidos en persona, en la farmacia o por teléfono.
- Reciba medicamentos a largo plazo (y ahorros) directamente en su puerta o escritorio de parte de las farmacias de conveniencia.
- Las farmacias de conveniencia de Lancaster General Health ofrecen fácil acceso a artículos de venta libre y al surtido/resurtido de recetas, incluidos los servicios de resurtido de recetas por teléfono y en línea, y los servicios de entrega a domicilio y en el lugar de trabajo. Llame al 717-544-5929 o visite www.LGHealth.org/refill.

Atención personalizada para medicamentos de especialidad

- Los medicamentos que tratan afecciones complejas se consideran medicamentos de especialidad y deben surtirse en una farmacia de conveniencia de LGH.

Ubicación de las farmacias

- **Farmacia de conveniencia**
Lancaster General Hospital
First Floor, 555 North Duke St. Lancaster, PA 717-544-5929
- **Farmacia de conveniencia**
Kissel Hill
51 Peters Rd, Lititz, PA 717-627-7689
- **Farmacia de conveniencia de LG Health: Columbia**
306 N 7th St, Columbia, PA 717-684-1450
- **Farmacia de conveniencia de LG Health: Suburban Outpatient Pavilion**
Third Floor
2108 Harrisburg Pike, Suite 314, Lancaster, PA 717-544-3154

Encuentre lo que necesita

Active su Portal para miembros:

1. Visite liviniti.com/members
2. En el Inicio de sesión del Portal para miembros, seleccione “Create Account” (Crear cuenta)
 - Consulte su tarjeta de identificación para obtener sus credenciales
 - Elija una contraseña
 - Haga clic en “Register” (Registrarme)
3. Recibirá un correo electrónico para confirmar su registro antes de que pueda iniciar sesión

Disfrute de los beneficios de su farmacia en movimiento con la aplicación móvil de Liviniti.

En la aplicación móvil, se encuentra las mismas funciones e información que en el Portal para miembros. Puede encontrar una copia gratuita de la aplicación móvil de Liviniti en el lugar donde se descarguen las aplicaciones para su teléfono. ¡Comience hoy!

iPhone
Código QR



Android
Código QR



El **Centro para miembros** de Liviniti es su centro de información integral para obtener toda la información que necesita a fin de maximizar los beneficios de farmacia.

El **Portal para miembros** está cargado con información sobre sus recetas y beneficios de farmacia. Después de crearse una cuenta y confirmar su registro, puede iniciar sesión en el Portal para miembros desde el Centro para miembros.

En el Portal para miembros, puede:

- Ver los detalles de los beneficios, que incluye la información de los gastos de bolsillo y los deducibles para usted y su familia
- Revisar su historial de recetas y compartirlo con su médico
- Buscar una farmacia cercana según su código postal
- Encontrar y comparar precios de medicamentos para obtener el mejor precio en cualquier farmacia de la red en pocos pasos sencillos
- Buscar medicamentos por nombre y ver el nivel del formulario, ya sea un medicamento de especialidad o de venta libre (OTC), y los programas especiales, como autorización previa o límites de cantidad, que se apliquen al medicamento
- Revisar el historial o el estado de cualquier autorización previa
- Localizar la farmacia de venta por correo utilizada por su plan
- Descargar una tarjeta de identificación digital

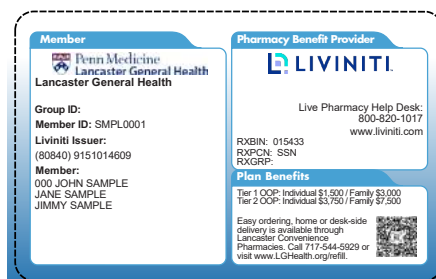
La página de su **Empresa** también contiene información útil. No es necesario que se cree una cuenta personal, pero necesitará su número de grupo. En el Centro para miembros, desplácese hacia abajo hasta la Página de su empresa e introduzca su número de grupo (LGHRX4U) y haga clic en “Visit Company Page” (Visitar la página de la empresa).

En la página de PMLGH, puede:

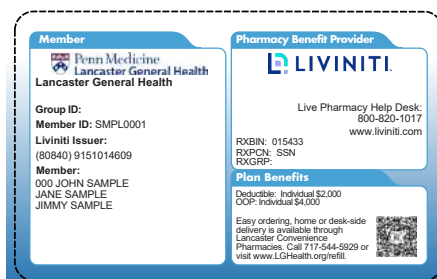
- Encontrar el formulario o la lista de medicamentos de su plan y buscar un medicamento u obtener más información sobre su cobertura
 - Utilizar su número de grupo (LGHRX4U) para acceder a la Página de su empresa
 - En **Search For Medications (Buscar medicación)**, escriba el nombre de la medicación

Sus NUEVAS tarjetas de identificación llegarán por correo

LG Select



LG Consumer





Resumen de los beneficios Lancaster General Health

Servicios de asesoramiento profesional

Asesoramiento profesional: los empleados y familiares dependientes son elegibles para **ocho (8) sesiones de asesoramiento gratis** por año de contrato. **Los beneficios se renuevan el 1.º de julio de cada año.** Para acceder a estos servicios gratuitos, llame a Quest al **1-800-364-6352**. El programa es un servicio profesional y confidencial que ayuda a los empleados y a sus dependientes a identificar y resolver problemas personales que puedan estar afectándolos en el trabajo o en casa.

Para acceder a la red completa de proveedores de Quest visite:

www.questbh.com/find-a-provider

Recursos legales y financieros

Recursos legales: cada empleado y familiar dependiente tiene derecho a **una (1) consulta inicial de treinta minutos** sin costo con un abogado de la red, ya sea de forma presencial o telefónica, por cada asunto legal. Si desea contratar a un abogado participante después de la consulta inicial, se le proporcionará una **tarifa preferencial con una reducción del 25 %** respecto de la tarifa habitual por hora del abogado.

Recursos financieros: cada empleado y familiar dependiente tiene derecho a **una (1) consulta inicial de treinta minutos** sin costo, ya sea de forma presencial o telefónica, por cada asunto financiero. Hable con profesionales con experiencia en contabilidad, banca y seguros; contadores públicos certificados (Certified Public Accountant, CPA) y planificadores financieros certificados (Certified Financial Planner, CFP). Si desea contratar a un asesor financiero participante después de la consulta inicial, se le proporcionará una **tarifa preferencial con una reducción del 25 %** respecto de la tarifa por hora habitual.

Recursos de mediación: cada empleado y familiar dependiente tiene derecho a **una (1) consulta inicial de treinta minutos** sin costo con un mediador de la red, ya sea de forma presencial o telefónica, por cada asunto legal. Los asuntos pueden incluir divorcio y custodia de menores, disputas contractuales y del consumidor, asuntos de bienes raíces y del propietario/inquilino, accidentes de tránsito y disputas de seguro, entre otros. Si desea contratar a un mediador participante después de la consulta inicial, se le proporcionará una **tarifa preferencial con una reducción del 25 %** respecto de la tarifa habitual por hora del mediador.

Para programar su consulta gratis con un abogado, mediador o asesor financiero de la red calificados, llame al **888-254-8104** y proporcione el **código de su compañía: qeap-lgh**.

Aún hay más →

Sitio web: los empleados y sus familiares dependientes tienen acceso ilimitado al sitio web de recursos legales y financieros. Podrán consultar temas legales y financieros, formularios legales, calculadoras financieras, artículos escritos por profesionales, preguntas frecuentes y mucho más. Visite www.worklifeservices.net

Registro: la primera vez que visite este sitio web confidencial, deberá registrarse utilizando el **código de su empresa: qeap-lgh**. Se le pedirá que cree su propio nombre de usuario y contraseña. Tenga a mano su información de inicio de sesión para usarla en el futuro.

Preparación de documentos para formularios legales: nuestro sencillo proceso permitirá que los miembros descarguen y completen sus documentos legales por su cuenta desde la comodidad de su hogar sin incurrir en el costo de un abogado ni lidiar con largos períodos de realización y entrega.

Consultores de cuidado de personas mayores

Cuidado de los seres queridos de edad avanzada: dado que vivimos vidas más largas y saludables, la necesidad de combinar el trabajo con las responsabilidades de cuidar a los miembros de la familia de edad avanzada se convierte en un mayor desafío.

Para ayudarle a superar estos retos, Quest ofrece **una (1) consulta telefónica** por familia y por año de contrato con nuestros especialistas en cuidado de personas mayores. Llame a Senior Management Services (Servicios para el cuidado de adultos) al **800-253-9236** y diga que es miembro de Quest EAP. Este es un excelente recurso si busca apoyo emocional, asesoramiento, orientación o información sobre el cuidado y apoyo de personas de edad avanzada. Entre los temas de las preguntas, se encuentran los siguientes:

- Qué buscar y preguntar al momento de elegir instalaciones de atención personal
- Servicios de Medicare/Medicaid
- Servicios de transporte para personas mayores
- Instituciones de vivienda asistida
- Opciones de hogares de ancianos
- Servicios de cuidado domiciliarios
- Centros para personas mayores
- Centros de cuidados diurnos para adultos
- Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia

**Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de EAP,
llámenos al 1-800-364-6352 o visite
www.QuestEAP.com**

VIDA EN EQUILIBRIO

El programa de recompensas de bienestar gratuito, confidencial y voluntario beneficia a los empleados elegibles. Acceda a las herramientas y recursos del programa de bienestar a través de Limeade y mejore su bienestar personal.

Los empleados que activen su cuenta de Limeade pueden participar en actividades de bienestar y acumular puntos para canjear por recompensas en efectivo en su cheque de pago.

CÓMO COMENZAR:

- Visite [LGH.Limeade.com](https://www.LGH.Limeade.com) o descargue la aplicación **Limeade ONE**
- Active su cuenta
Código del programa: **LGH**
Información para el inicio de sesión: credenciales de LG Health
- Acepte las solicitudes de consentimiento

ASISTENCIA ADICIONAL

Una vez que haya iniciado sesión en la plataforma Limeade (desde la aplicación o en línea), tendrá acceso total a la plataforma meQuilibrium. meQuilibrium es una herramienta clínicamente validada que aprovecha la psicología conductual y la neurociencia y crea asistencia para un entrenamiento personalizado relacionado con el agotamiento, el estrés, los objetivos, el rendimiento y el bienestar.

- Inicie sesión en Limeade
- Haga clic en **Services (Servicios)** en la barra de navegación superior
- Desplácese hacia abajo hasta **Lancaster General Tools (Herramientas generales de Lancaster)**
- Haga clic en **meQuilibrium**
- Desplácese hacia abajo y haga clic en **Access meQ HERE (Acceder a meQ AQUÍ)**

meQuilibrium

 **Limeade**
Escanee para
descargar
Limeade ONE

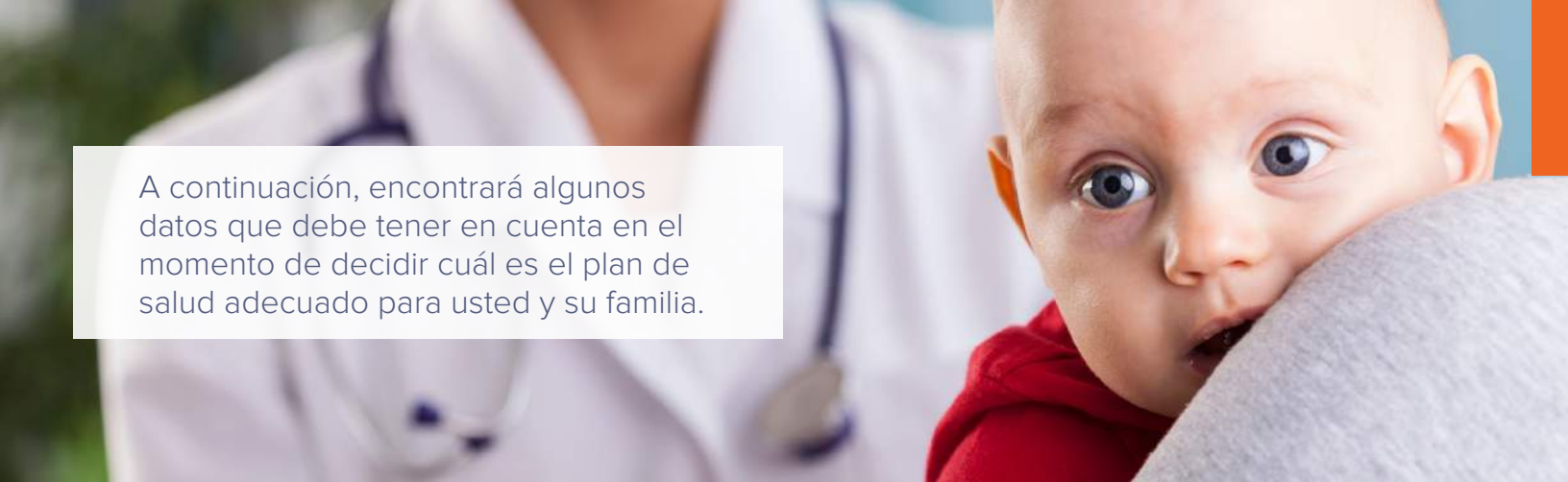
Beneficios de apoyo para el cuidado de Wellthy



- ✓ **Un profesional de la salud especializado dedicado a usted**
Su coordinador de cuidados se familiarizará con sus antecedentes de atención médica de principio a fin. Identificará las prioridades, diseñará un plan personalizado, abordará las tareas administrativas y actuarán como su representante.
- ✓ **Orientación por parte de expertos que conocen la industria de cuidados**
Los coordinadores de atención de Wellthy están respaldados por equipos especializados expertos en todas las áreas de cuidados, desde los seguros y el cuidado en el hogar hasta la salud mental y mucho más.
- ✓ **Simplificación de las reuniones familiares**
Mantenga informados a sus hermanos, familiares, vecinos y a cualquier persona involucrada en el cuidado con una comunicación simplificada: Un hilo de correo electrónico, un canal central, una voz de la razón.
- ✓ **Ayuda con las necesidades inmediatas o apoyo a largo plazo**
Cree su cuenta y abra un Care Project (Proyecto de cuidados) para comenzar a obtener ayuda especializada en este momento o utilice las herramientas digitales del Care Dashboard (Panel de cuidados) y deje todo configurado para cuando lo necesite.
- ✓ **Todo lo que necesita, todo en un solo lugar**
El Care Dashboard (Panel de cuidados) mantiene su información segura y accesible. Conserve todos sus contactos, manténgase al día con las citas con el médico, realice un seguimiento de las tareas y almacene documentos importantes.
- ✓ **Una comunidad de cuidadores que pueden comprender por lo que está pasando**
Wellthy Community es un espacio entre pares destinado a que los cuidadores familiares encuentren apoyo, compartan experiencias e intercambien conocimientos de una gama de temas sobre el cuidado.

¡Los empleados elegibles para el beneficio de UPHS tienen acceso a Wellthy! Visite join.wellthy.com/UPHS y haga clic en "GET STARTED" (COMENZAR). Ingrese su dirección de correo electrónico de UPHS y confirme sus credenciales de la red para crear su cuenta.

DATOS QUE DEBE TENER EN CUENTA CUANDO ELIJA UN PLAN DE SALUD



A continuación, encontrará algunos datos que debe tener en cuenta en el momento de decidir cuál es el plan de salud adecuado para usted y su familia.

Piense en sus visitas al médico durante el año pasado.

- ◆ ¿Cree que verá al médico con mayor o menor frecuencia este año?
- ◆ ¿Cómo funcionó su seguro durante su última cita?
- ◆ ¿Quiere tener un plan de seguro similar este año?

Haga una lista de los medicamentos recetados que toma. Si la cobertura de medicamentos recetados está incluida en su plan médico, puede buscar el nombre de sus medicamentos recetados en la lista de medicamentos de su plan de salud para determinar si están cubiertos.

¿Qué es lo más importante para su presupuesto?

¿Con qué variación de costos se siente a gusto? Los planes que tienen copagos incorporados, como los de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), por lo general, tienen costos de primas mensuales más altos, pero costos de coseguros más bajos cuando usted visita al médico. Por lo general, la prima de los planes con deducibles altos cuesta menos cada mes, pero sus costos variarán cuando visite al médico o surta una receta.

Conozca qué servicios no incluye su plan

Asegúrese de estar familiarizado con la red de proveedores de su plan y con los servicios que no están incluidos.

¿Espera algún cambio importante en el próximo año?

¿Usted o un miembro de su familia podrían tener que someterse a algún procedimiento médico en los próximos meses?

¿Planea agrandar la familia? Hay eventos de vida calificativos como el matrimonio o tener un bebé, que le permiten agregar dependientes a su plan durante el año de beneficios. Verifique cómo pueden cambiar los costos de su plan en esas circunstancias.

Recuerde que tiene un compromiso con el plan de salud que seleccionó hasta la próxima oportunidad de inscripción abierta, a menos que viva un evento calificativo.

Entre los eventos calificativos, se incluyen los siguientes:

- ◆ Matrimonio, divorcio o separación legal
- ◆ Usted o un dependiente acceden a otra cobertura
- ◆ Muerte de un cónyuge o de un dependiente
- ◆ Nacimiento o adopción de un niño
- ◆ Inscripción en Medicare o Medicaid

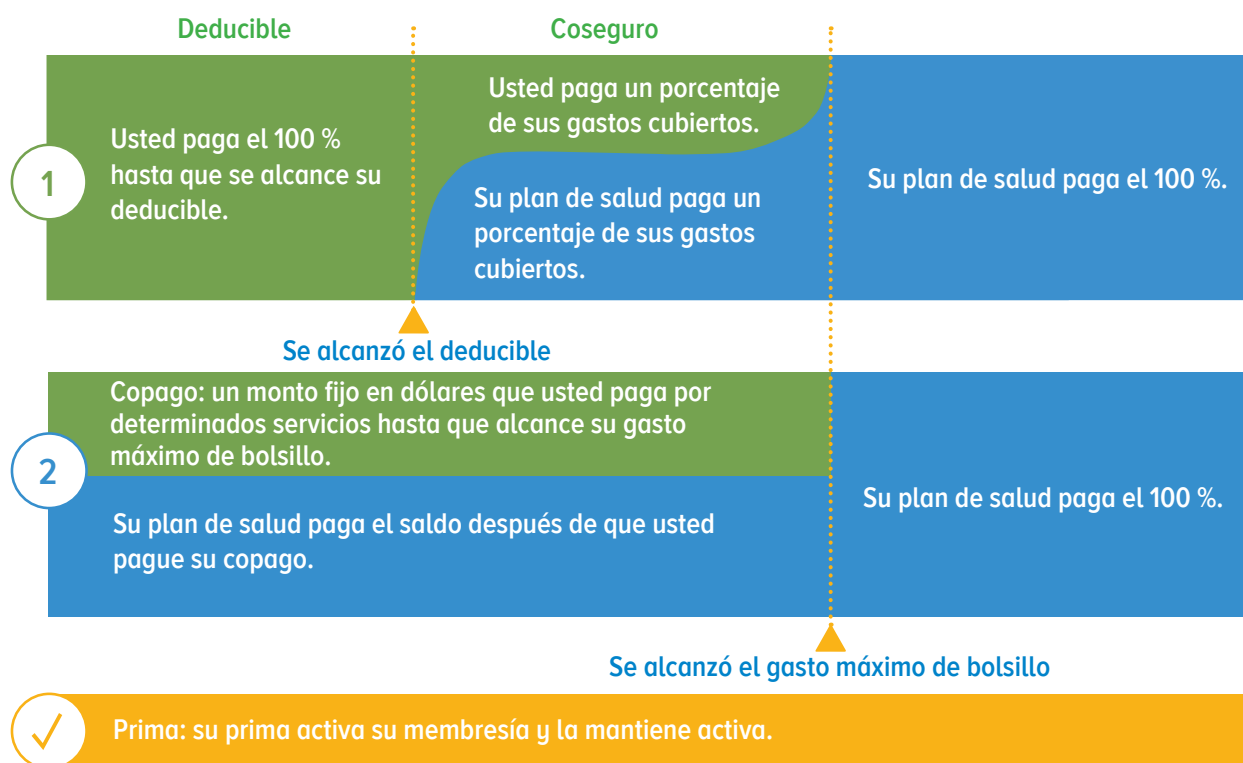
Para obtener información sobre su elegibilidad y sus beneficios, inicie sesión en [My Health Toolkit®](#) y seleccione **Benefits** (Beneficios). A continuación, seleccione **Eligibility and Benefits** (Elegibilidad y beneficios). En la aplicación **My Health Toolkit**, seleccione **Benefits** (Beneficios) y, continuación, **Health Benefits** (Beneficios de salud). En esta sección, puede consultar sus beneficios rápidamente, incluido el tipo de cobertura que tiene y el estado de su gasto máximo de bolsillo y su deducible. Si tiene preguntas acerca de su deducible o sus gastos máximos de bolsillo, use el enlace [Ask Customer Service](#) (Servicio de atención al miembro) para comunicarse con nosotros.

CÓMO COMPARTEN USTED Y SU PLAN LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

El seguro médico ayuda a cubrir el costo de sus gastos médicos.

Cómo funcionan sus beneficios anuales del seguro: lo que podría tener que pagar

Cada servicio que recibe se paga a través del camino 1 o del camino 2.



Términos que necesita conocer

Su **deducible** es el monto total fijo que usted paga por los servicios médicos antes de que comience a correr su coseguro. Por ejemplo, alcanzará su deducible de \$1,000 después de que sus pagos por servicios médicos cubiertos sumen un total de \$1,000. En la mayoría de los planes de salud, su copago no cuenta para su deducible.

El **coseguro** es el porcentaje de costos médicos que usted paga después de haber alcanzado su deducible. Por ejemplo, pagaría un 20% después de alcanzar su deducible. Su plan de salud pagaría el 80% restante.

Un **copago** es una tarifa fija que usted paga por las visitas a médico, los medicamentos recetados y otros tipos de atención. Por ejemplo, podría pagar \$20 por una visita a un médico dentro de la red y \$15 por un medicamento recetado.

El **gasto máximo de bolsillo** es el monto máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Por ejemplo, supongamos que su gasto máximo de bolsillo es de \$4,000. Una vez que sus pagos en concepto de deducibles, copagos y coseguros dentro de la red sumen un total de \$4,000, su plan de salud pagará el 100% de los costos de los servicios cubiertos por el resto de ese año de beneficios.

Para conocer más términos que verá y escuchará en el sector de seguros médicos y de atención médica, consulte la página Términos útiles que se encuentra casi al final de esta guía de beneficios.

Para encontrar su deducible, coseguro, copago y gasto máximo de bolsillo, revise su resumen de beneficios o ingrese a [My Health Toolkit®](#).

RECIBA COBERTURA CON SOLO PRESENTAR SU TARJETA DE MEMBRESÍA

Su tarjeta de membresía de Capital Blue Cross contiene información importante que ayuda a los proveedores a aplicar sus beneficios correctamente. Lleve la tarjeta con usted en todo momento o descargue una tarjeta de identificación digital para tener en su smartphone. Generalmente, un proveedor de atención médica le pedirá ver su tarjeta del seguro al ingresar a la consulta.

Los familiares con cobertura también pueden utilizar la tarjeta del suscriptor, o bien este les puede reenviar su propia copia digital de la tarjeta.

Su identificación de miembro contiene una combinación de letras y números específicos para usted.

Visite nuestro sitio web principal para obtener más información y para iniciar sesión en su cuenta de My Health Toolkit.

Capital

SUBSCRIBER'S FIRST NAME
SUBSCRIBER'S LAST NAME

Member ID
XXX123456789012

IN NETWORK DEDUCTIBLE \$XX,XXX
OUT OF POCKET \$XX,XXX

OUT OF NETWORK DEDUCTIBLE \$XX,XXX
OUT OF POCKET \$XX,XXX

GRID+

MyHealthToolkitCapital.com


NetworkBlueSM PPO[®]

Opción práctica: su identificación digital

¡Todo se trata de la comodidad! Su tarjeta de identificación digital tiene la misma información que la tarjeta que recibe por correo, pero le permite hacer lo siguiente:

- ◆ Ver su identificación digital en un smartphone, una tableta o una computadora.
- ◆ Enviar por correo electrónico la tarjeta a un cónyuge, hijo, consultorio del médico o farmacia.
- ◆ Imprimir la tarjeta desde un smartphone, una tableta o una computadora y usar la copia impresa como una tarjeta de plástico.

Acceso a su identificación digital

- ◆  Desde una computadora o un dispositivo móvil, inicie sesión en [My Health Toolkit](#).
- ◆ Siga las indicaciones para seleccionar o ver su tarjeta de identificación del seguro.

UTILICE ESTE ACCESO DIRECTO

Puede acceder fácilmente a la información de sus beneficios si descarga hoy mismo la aplicación móvil My Health Toolkit®. Es gratis en App Store o en Google Play.



Regístrese rápidamente a través de la aplicación mediante su número de identificación de miembro. O solo inicie sesión si ya es usuario de My Health Toolkit.



A través de la página de inicio de su cuenta podrá acceder a todos los recursos útiles que se incluyen en su plan de beneficios de salud.

Ahora tiene acceso a información sobre sus beneficios en cualquier lugar y en cualquier momento, incluidas reclamaciones, descuentos y cómo prefiere que lo contactemos.

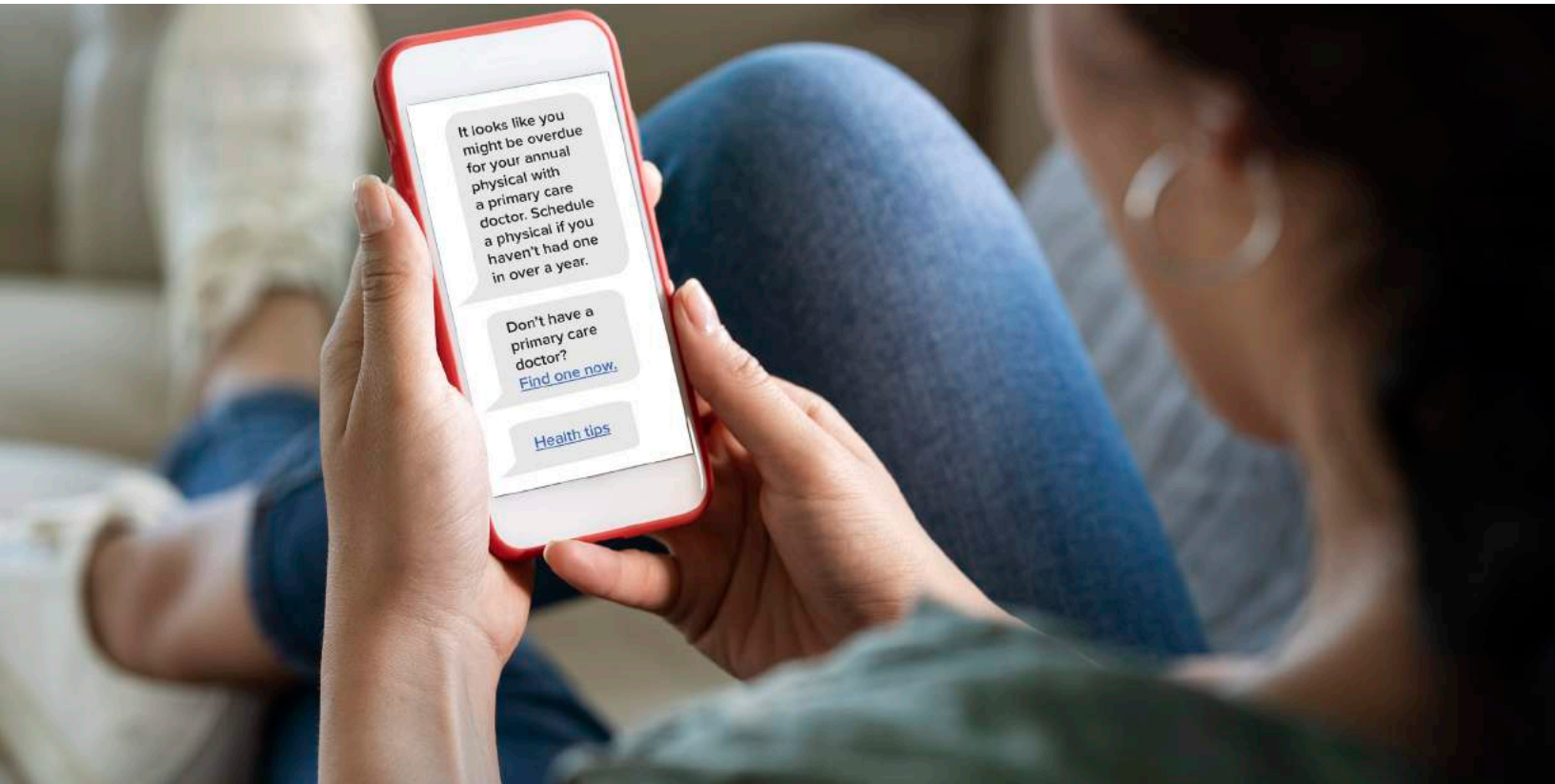
¿Prefiere instalar My Health Toolkit desde una computadora de escritorio o una laptop?

Visite www.MyHealthToolkitCapital.com y, luego, siga estos pasos:

- ◆ Seleccione **Create An Account (Crear una cuenta)** en la sección **Member Login (Inicio de sesión para miembros)**.
- ◆ Ingrese su **Identificación de miembro** (de su tarjeta de identificación).
- ◆ Siga las instrucciones para **crear su perfil**.

DÍGANOS CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE COMUNICARNOS CON USTED

Las comunicaciones ocasionales de su plan de salud lo ayudan a mantenerse al tanto de su estado de salud, ahorrar dinero y aprovechar al máximo sus beneficios. Simplemente indíquenos qué opción de contacto es más conveniente. Le enviaremos un breve mensaje cuando llegue el momento de su revisión anual, por ejemplo, o cuando haya una actualización sobre una solicitud de autorización previa.



Los mensajes personalizados para los miembros nos mantienen en contacto, ya que proporcionan información y consejos útiles, ya sea por mensaje de texto, correo, notificaciones de la aplicación o correo electrónico. Estos pueden incluir noticias o recordatorios de bienestar sobre cambios en los beneficios

Tiene grandes beneficios, así que asegúrese de utilizarlos. Tómese un minuto para actualizar sus preferencias de contacto en My Health Toolkit. Solo debe informarnos qué medios y contactos preferir. Revise los siguientes consejos para suscribirse fácilmente.

Inicie sesión en My Health Toolkit y en My Profile (Mi perfil), seleccione My Contact Preferences (Preferencias de contacto). Actualice su información de contacto y cuéntenos cuál es la mejor alternativa para comunicarnos con usted. Si, en cambio, desea recibir mensajes de texto, llame al 844-206-0624.

SHOPPING FOR CARE

Encuentre las mejores opciones de atención de la salud, al igual que compara sus opciones en cuanto a coches, hoteles o restaurantes.



“Cuenta con la información necesaria antes de acudir”. Es una buena idea antes de tomar cualquier decisión importante, como buscar un nuevo médico o elegir un centro para una cirugía.

Su plan de salud facilita la toma de estas decisiones con Shopping for Care. Encuétrelo en el sitio web **My Health Toolkit®** de su plan de salud.

- ◆ Busque servicios y proveedores de atención médica dentro de nuestra amplia red de proveedores.
- ◆ Revise la información de los costos para asegurarse de recibir la atención que necesita al mejor precio posible*.
- ◆ Lea las opiniones de otros pacientes que calificaron a un proveedor que usted considera para acudir.
- ◆ Identifique los mejores proveedores en su área, con las designaciones Total Care y Blue Distinction® Specialty Care.
- ◆ Vea un mapa detallado para llegar a donde necesita ir.

Después de que se haya registrado con My Health Toolkit®:

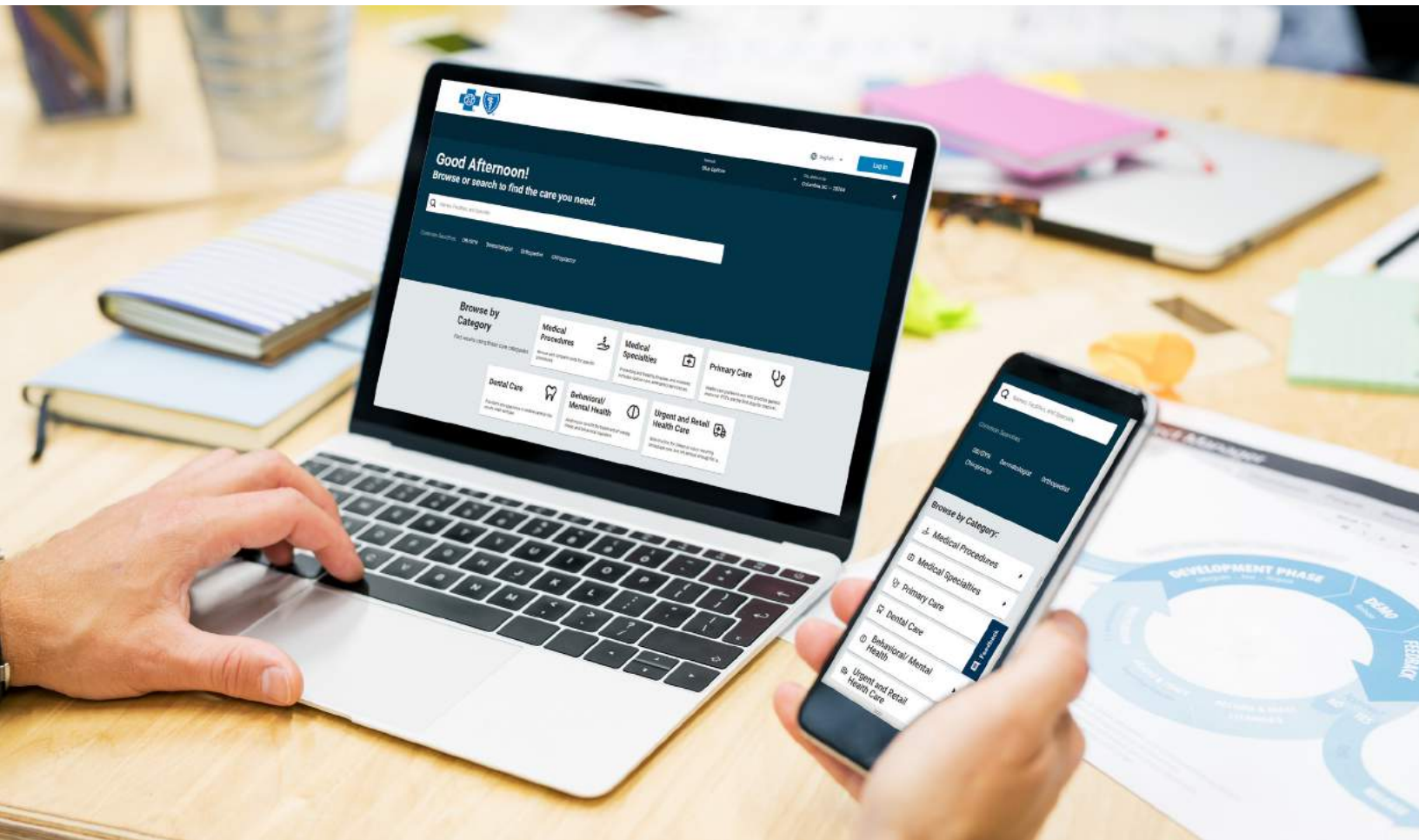
Acceda a Shopping for Care desde su computadora:

- ◆ Visite el sitio web de **My Health Toolkit** de su plan de salud.
- ◆ Inicie sesión en su cuenta, seleccione **Resources** (Recursos) y, a continuación, **Find Care** (Buscar atención médica).
- ◆ ¡Lo guiaremos en cada paso!

O bien utilice la función móvil:

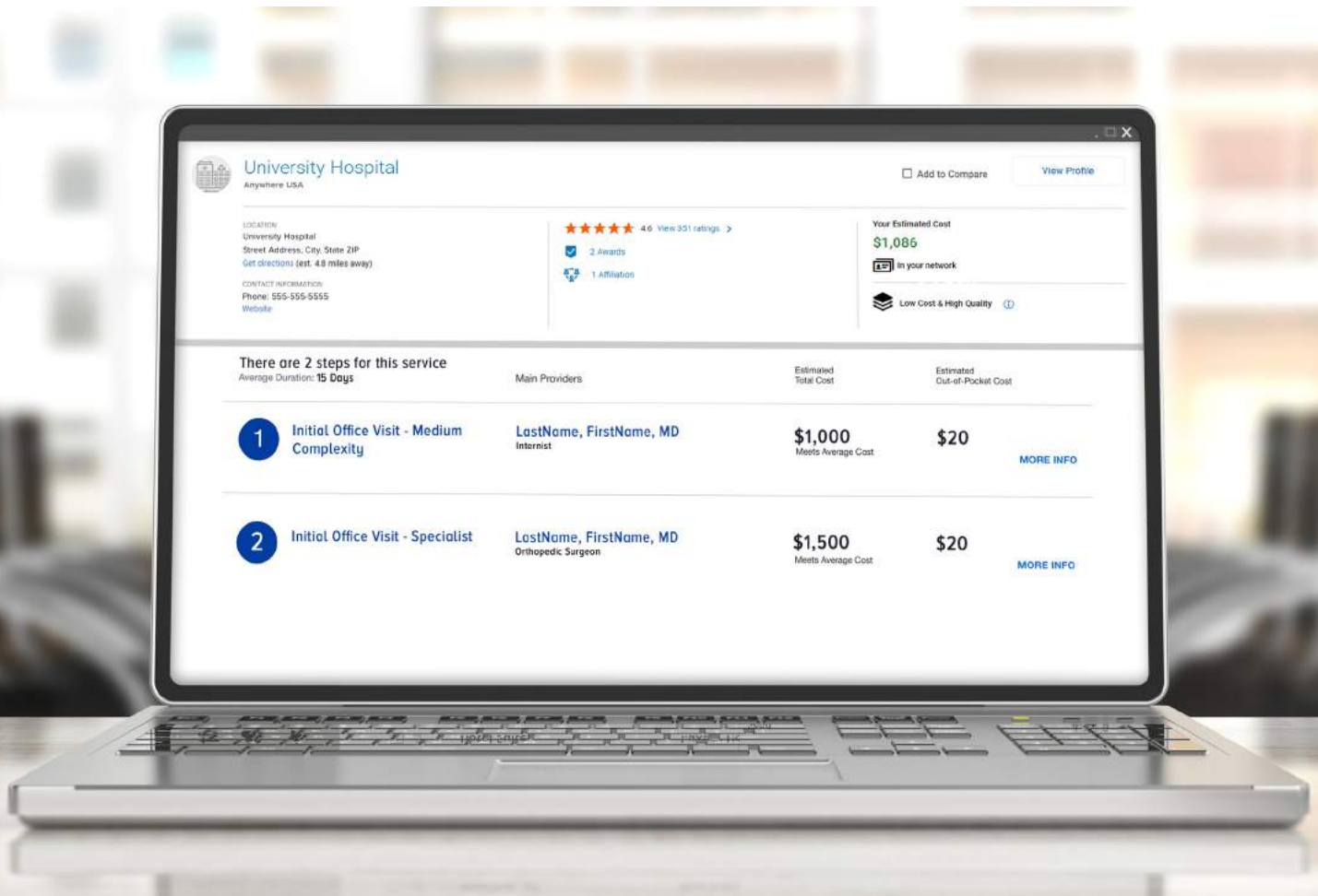
- ◆ Inicie sesión en la aplicación **My Health Toolkit** desde su dispositivo móvil.
- ◆ Seleccione **Find Care** (Buscar atención médica).

*Es posible que los detalles de costos no estén incluidos en todos los planes.



“¿Cuánto costará?”

 Las estimaciones lo ayudan a evitar sorpresas cuando llegan las facturas.



Los costos de un procedimiento médico, como un ultrasonido, chequeo médico, radiografías o reemplazo de articulaciones, pueden variar en cientos de dólares. Nuestra función Shopping for Care incluye estimaciones de costos para ayudarlo a encontrar la atención adecuada a un precio justo. (Es posible que la información de costos no esté incluida en todos los planes).

Calcule sus gastos de bolsillo de procedimientos médicos y compare los detalles de precios que le muestran los proveedores más rentables.

- ◆ En el sitio web de [My Health Toolkit](#) de su plan de salud, inicie sesión con su cuenta de miembro de [My Health Toolkit](#).
- ◆ En la sección [Resources](#) (Recursos), seleccione [Find Care](#) (Buscar atención médica) en [Shopping for Care](#) (En busca de atención médica).

A medida que explore más las categorías de [Find Care](#) (Buscar atención médica), verá la pestaña, verá la pestaña [Cost Estimates](#) (Estimaciones de costos) que contiene información de precios de cientos de procedimientos, desde mamografías e imágenes por resonancia magnética (IRM) hasta pruebas de alergias, estudios del sueño, terapia física y diversos tipos de cirugía.

CONSEJO: Cuando obtenga su tarjeta de identificación de miembro, use el número de identificación para crear su cuenta de [My Health Toolkit](#). Luego, verá la información de los costos sobre copagos y otros detalles específicos de su plan de salud.

¿DÓNDE DEBERÍA IR CUANDO NECESITA ATENCIÓN?

Al primero que debe llamar para recibir atención médica de rutina es a su médico de atención primaria. Pero, ¿qué pasaría si el consultorio de su médico está cerrado? ¿Y si es una emergencia?

Estos son algunos consejos que lo ayudarán a elegir el tipo de atención adecuada para diversas situaciones:

Consultorio del médico



Su médico de atención primaria o médico regular es la mejor opción para los cuidados médicos de rutina, tales como:

- ◆ Chequeos anuales, exámenes físicos
- ◆ Exámenes de salud, inmunizaciones
- ◆ Resurtido de recetas

Y cualquier problema de salud inesperado que pueda esperar un día, como los que se indican a continuación:

- ◆ Esguince muscular
- ◆ Cortes y moretones leves
- ◆ Síntomas de resfrío y gripe, incluidos fiebre, tos, dolor de garganta y náuseas leves
- ◆ Infecciones respiratorias o sinusales
- ◆ Infecciones del tracto urinario
- ◆ Alergias estacionales
- ◆ Conjuntivitis
- ◆ Migrañas
- ◆ Erupciones, picaduras de insectos, quemaduras solares, otras irritaciones de la piel

Centro de atención de urgencias



Si no puede esperar a una cita con su médico habitual, un centro de atención urgente puede ser su mejor opción para problemas de salud inesperados como los siguientes:

- ◆ Fracturas menores y esguinces, especialmente si se requiere una radiografía
- ◆ Cortes pequeños y mordeduras de animales, especialmente si es necesario realizar suturas
- ◆ Síntomas de resfrío y gripe, incluidos fiebre, tos, dolor de garganta y náuseas leves
- ◆ Infecciones respiratorias o sinusales
- ◆ Infecciones del tracto urinario
- ◆ Alergias estacionales
- ◆ Conjuntivitis
- ◆ Migrañas
- ◆ Erupciones, picaduras de insectos, quemaduras solares y otras irritaciones de la piel

Sala de urgencias



Vaya a la sala de emergencias o llame al 911 para condiciones potencialmente mortales, tales como:

- ◆ Sangrado abundante, no controlado
- ◆ Signos de un ataque cardíaco, como dolor en el pecho que dura más de dos minutos
- ◆ Signos de accidente cerebrovascular, como entumecimiento, pérdida repentina del habla o la visión
- ◆ Pérdida de la conciencia o mareos repentinos
- ◆ Lesiones graves, como fracturas o traumatismo craneal
- ◆ Tos con sangre o vomitar sangre
- ◆ Reacciones alérgicas graves

En la página 2, encontrará lo siguiente:

A Cuánto le falta para alcanzar su deducible y el gasto máximo de bolsillo durante este período de beneficio en virtud de sus beneficios fuera de la red

B Consejos sobre cómo usar y aprovechar al máximo sus beneficio

En la página 3, encontrará lo siguiente:

A Detalles sobre su reclamación, incluido el número de reclamación y el proveedor

B Cuándo fue la visita y si el proveedor forma parte o no forma parte de la red

C Un desglose de lo que su plan de salud pagó y cuánto podría tener que pagar usted a su proveedor. El monto que podría deber no reflej ningún monto que usted ya haya pagado al proveedor

D Detalles adicionales sobre su reclamación, incluido el motivo por el que se pudo haber denegado

Individual Claim Report: EXPLANATION OF BENEFITS Plan
Holder: **PAUL MEMBER** (ID # XY29999999)

	Deductible			Out-of-Pocket		
	Maximum	Applied	Remaining	Maximum	Applied	Remaining
FAMILY	\$8,000.00	\$4,200.00	\$3,800.00	\$19,000.00	\$4,336.69	\$14,663.31
PAUL MEMBER	\$4,000.00	\$1,697.73	\$2,302.27	\$9,500.00	\$1,792.15	\$7,707.85

Deductible Each covered individual has a deductible that applies toward the family deductible. Once the family deductible is met, all deductibles are met.
Out-of-Pocket The most you could pay during a benefit plan year for your share of the cost of covered services.

GETTING THE MOST FROM YOUR PLAN
Order an ID Card Online
Getting a replacement ID card is easy. Simply log in to My Health Toolkit(R) and select the Benefits tab. Click on "ID Card Request," then select "Request ID Card." Your request will be processed and your ID card will be sent to your address on file within a few days.
Network Providers Save You Money
Seeing a physician who is part of your health plan's network can help lower your health care costs. You can easily locate in-network providers by using the Doctor and Hospital Finder on our website.
Rate Your Doctor
The "Rate Your Visit" tool allows you to help other members find the right providers by writing reviews for your doctor and hospital visits. You will soon be able to read reviews provided by other members. To access the tool, log in to My Health Toolkit(R) and click on the Resources tab at the top of the page or under the Quick Links section. Review the information and provide your rating for eligible claims.
Go Green. Go Paperless
Less paper and more convenience. Sign up today to receive online Explanations of Benefits (EOBs). Visit our website and log in to My Health Toolkit(R).
Information When You Need It
Our website offers tools and information any time you need it. You can find a provider for health care services, access information regarding your benefits and find resources for a healthier lifestyle.

Individual Claim Report: EXPLANATION OF BENEFITS Plan
Holder: **PAUL MEMBER** (ID # XY29999999)

MEDICAL CLAIMS for patient **PAUL MEMBER** THIS IS NOT A BILL

Provider and Service Information		Charges and Insurance Payments			Breakdown of Member Responsibility				
Claim Number	Service Type	Provider Charges	Covered Expense	Your Plan Paid	Copay	Deductible	Coinsurance	Not Covered	Amount You May Owe or Have Paid
Provider Group	Date of Service(s) Network							see Comments below table	
00000000000000	OFFICE VISIT(S) 07/31/2023 In-Network	240.00	217.91	42.20	0.00	165.17	10.54	0.00	175.71
DERMATOLOGY AND S	OFFICE LAB/PATH 07/31/2023 In-Network	22.00	17.13	13.71	0.00	0.00	3.42	0.00	3.42
Statement Period Total		262.00	235.04	55.91	0.00	165.17	13.96	0.00	179.13

Comments
1 HERE'S WHERE YOU'LL FIND COMMENTS ABOUT YOUR CLAIM, IF APPLICABLE.

Cada EOB incluye información importante sobre cómo apelar una denegación de su reclamación. Esto le permitirá averiguar qué hacer si no está de acuerdo con alguna de las decisiones de beneficios tomadas en esta reclamación.

Consulte sus EOB a través de la aplicación **My Health Toolkit®** o iniciando sesión en línea. En la aplicación, inicie sesión y seleccione **Claims** (Reclamaciones). Seleccione una reclamación específica y, a continuación, seleccione **View Explanation of Benefits** (Ver Explicación de Beneficios)

Elija cómo desea recibir sus EOB: por mensaje de texto, correo electrónico o correo postal

Puede establecer sus preferencias de contacto la primera vez que se registre en **My Health Toolkit**. Si ya está registrado, vaya a la pestaña **My Profile** (Mi perfil) y seleccione **My Contact Preferences** (Mis preferencias de contacto).

Si recibe sus EOB impresas, se le enviará una EOB por correo postal después de que haya finalizado la reclamación. Si optó por la entrega en línea, recibirá un correo electrónico o un mensaje de texto cuando su EOB esté lista para consultarla en **My Health Toolkit**.

ASEGÚRESE DE ESTAR CUBIERTO

Por qué la coordinación de beneficios es importante


¿Tiene otro seguro de salud?


La Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB) afecta sus beneficios cuando usted o un familiar también está cubierto por otro plan de seguro de salud. La COB se asegura de que el plan adecuado procese primero sus reclamaciones. Evita los pagos excesivos y la duplicación de servicios. Además, ayuda a mantener los costos bajos para todos.

Ejemplos de otros seguros: Estos pueden incluir cobertura según el plan de seguro del cónyuge, Medicaid o Medicare.

Lo que debe hacer: Asegúrese de que tengamos actualizada la información de su otro seguro. De esa manera, podemos procesar sus reclamaciones de forma correcta y rápida.

- ◆ Si recibe por correo un Cuestionario sobre otros seguros de salud, complételo y envíelo de inmediato. Incluso debemos saber si usted no tiene cobertura con otro plan de salud.

- ◆  También puede proporcionarnos esta información si inicia sesión en **My Health Toolkit®**. Seleccione la pestaña **Benefits** (Beneficios) y, luego, **Other Health Insurance** (Otros seguros de salud). En un dispositivo móvil, seleccione **Health Benefits** (Beneficios de salud) o **Dental Benefits** (Beneficios dentales) y, continuación, **Other Health Insurance** (Otro seguro de salud).

- ◆  O llame al número que figura al dorso de su tarjeta de membresía y proporcione la información a un representante de Servicio al Cliente.

Agradecemos su ayuda.



Cómo obtener beneficios después de haber rechazado la cobertura

Los derechos especiales de inscripción pueden aplicarse a usted, su cónyuge u otros dependientes, incluso después de haber rechazado la cobertura.

- ◆ Por ejemplo, tal vez rechazó la cobertura porque otro seguro de salud u otro plan de salud grupal estaba vigente. Es posible que más adelante busque recibir cobertura de este plan si usted o sus dependientes ya no son elegibles para la otra cobertura o si el empleador dejó de contribuir a dicha cobertura. Debe solicitar nuestra cobertura en un plazo de 30 días a partir de la fecha de finalización de la otra cobertura O de la fecha en que el empleador deje de realizar contribuciones.

- ◆ También puede recibir cobertura si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Nuevamente, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al evento.

Tenga en cuenta que le pueden haber solicitado proporcionar una declaración por escrito cuando rechazó inscribirse con nosotros. Si no proporcionó esta declaración por escrito, este plan de salud no tiene la obligación de otorgarle a usted o a sus dependientes derechos de inscripción especiales.

Para obtener más información, comuníquese con el departamento de beneficios de su empleado .

VENTAJAS PARA MIEMBROS

Descuentos para usted: ¡solo por tener Blue!

Además de la cobertura de salud de categoría superior, su membresía le ofrece acceso a descuentos en diferentes productos y servicios. En el programa de descuentos para miembros, se incluyen elementos que generalmente el seguro de salud no cubre.



 Inicie sesión en My Health Toolkit, seleccione la pestaña **Recursos** y luego **Descuentos Blue365®**. En un dispositivo móvil, seleccione **Menú** y luego **Descuentos Blue365®**. Encontrarás detalles sobre descuentos para:



Fitness

- ◆ Membresías de gimnasio
- ◆ Dispositivos de fitness vestible
- ◆ Ropa deportiva
- ◆ Suscripciones a revistas
- ◆ Inscripción a carreras de 5K y pista con obstáculos
- ◆ Equipo de fitness para el hogar
- ◆ Vitaminas y suplementos nutricionales



Cuidado personal

- ◆ Alivio de síntomas de alergia
- ◆ Acupuntura
- ◆ Servicios quiroprácticos
- ◆ Terapia de masajes
- ◆ Restauración capilar
- ◆ Blanqueamiento dental



Comidas saludables

- ◆ Programas para perder peso
- ◆ Libros de cocina y recetas
- ◆ Cursos de cocina en línea



Audición y visión

- ◆ Audífonos
- ◆ Anteojos



Estilo de vida

- ◆ Clubes de viajes
- ◆ Paquetes de viajes
- ◆ Cuidados para mascotas

TIENE UN DEFENSOR DE SU LADO

Administrar sus problemas de atención médica es más fácil si no tiene que hacerlo solo. Care Connected lo vincula con una persona que tiene conocimientos sobre los problemas que enfrenta y su plan de beneficios. Según sus necesidades, esta persona podría ser un representante del Servicio al Cliente, un abogado o un miembro del personal de enfermería dedicados.

¿Qué es Care Connected?

Care Connected es un programa gratuito que puede ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica con base en la información adecuada. Nuestro equipo incluye representantes especializados de servicio al cliente, personal de enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales, médicos, fisioterapeutas respiratorios, educadores certificados en diabetes, especialistas en salud conductual autorizados, además de otros profesionales de la salud y el bienestar. ¡Conéctese en línea o por teléfono!



Su equipo de Care Connected puede ayudarlo con las siguientes tareas:

- ◆ Comprender su plan de seguro médico
- ◆ Elegir la atención adecuada
- ◆ Consultar el sistema y revisar sus facturas
- ◆ Lidar con problemas de salud complejos

Su enfermero(a) especializado(a) puede ayudarlo con lo que se indica a continuación:

- ◆ Insuficiencia cardíaca
- ◆ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ◆ Diabetes (adultos y niños)
- ◆ Cáncer
- ◆ Insuficiencia renal terminal
- ◆ Maternidad
- ◆ Cuidados intensivos neonatales
- ◆ Depresión y otras afecciones de salud conductual

Conéctese con una aplicación

La aplicación **My Health PlannerSM** es gratuita para los miembros elegibles. Lo ayuda a realizar un seguimiento de lo que debe hacer entre las consultas con el médico y a mantenerse en contacto con su equipo de atención médica.



Si reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de la atención médica, nos contactaremos con usted a través de una llamada telefónica, un correo electrónico, un mensaje de texto o una carta para ayudarlo a comenzar. También puede comunicarse con el equipo de Care Connected llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Cuando llame por primera vez, nuestro equipo de servicio al cliente le asignará un representante especializado, este representante estará familiarizado con los beneficios de su plan y sus necesidades personales de salud. Las llamadas posteriores se enrutarán automáticamente a su representante dedicado.

Para obtener más información, inicie sesión en **My Health Toolkit[®]**, seleccione la pestaña **Wellness** (Bienestar) y haga clic en **Care Connected**.

TÉRMINOS ÚTILES

Palabras comúnmente utilizadas en atención médica

Los términos relacionados con la atención médica pueden ser confusos. Aquí hay algunos términos que necesitará conocer.

Reclamación: es una solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica presentan ante su compañía de seguros de salud después de la prestación de servicios.

Copago: es una tarifa fija que usted paga por las visitas a médico, los medicamentos recetados y otros tipos de atención médica. Por ejemplo, podría pagar \$20 por una visita a un médico y \$5 por un medicamento recetado genérico.

Deducible: es el monto fijo que paga por los servicios médicos y los medicamentos recetados antes de que comience a correr su coseguro. Por ejemplo, alcanzará un deducible de \$1,000 después de que sus pagos por varios servicios médicos sumen un total de \$1,000.

Coseguro: es el porcentaje de costos de atención médica cubierta que usted paga después de haber alcanzado su deducible. Por ejemplo, usted pagaría un 20 % en ese momento y su plan pagaría el 80 % restante.

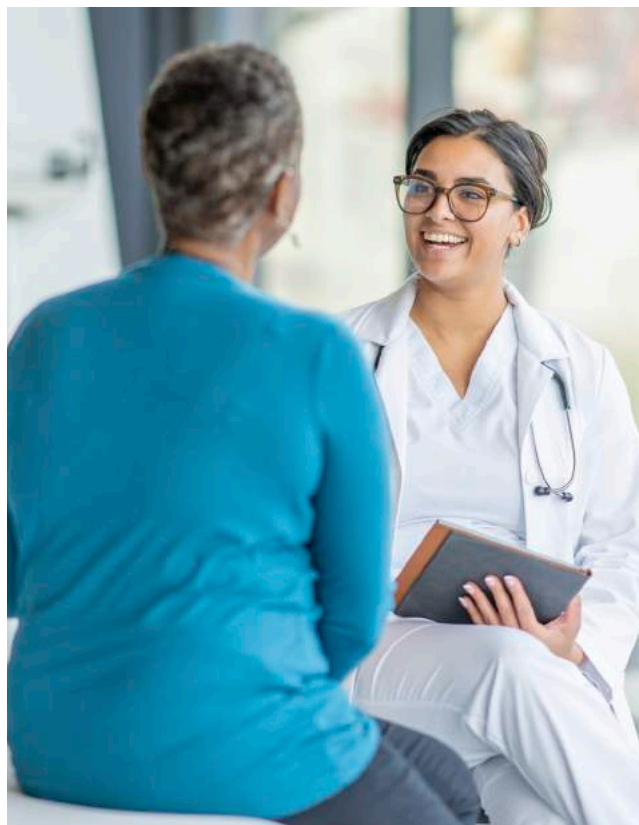
Red: son los centros, los proveedores y los distribuidores que su plan de salud contrata para que presten servicios de atención médica. Generalmente, pagará menos por los servicios que reciba dentro de la red que aquellos que reciba fuera de la red.

Gastos corrientes: Son sus costos por gastos de atención médica que el seguro no reembolsa. Los costos por cuenta propia incluyen deducibles, coseguros y copagos de servicios cubiertos, más los costos por servicios que no están cubiertos.

Suscriptor: es la persona que se inscribe en un plan de salud. Hay un solo suscriptor por plan de salud. El suscriptor puede agregar dependientes elegibles a un plan de salud familiar.

Autorización previa: Es una decisión con la que se verifica que un servicio, un medicamento recetado o un tipo de tratamiento es médicamente necesario. Se necesita autorización previa antes de recibir determinados servicios y medicamentos, salvo en casos de emergencia.

Prima: es el monto que usted paga por su plan de salud, por lo general, quincenal o mensualmente.



Médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): Es el médico principal y primer contacto para sus servicios de atención médica.

Especialista: es un médico o un profesional de la salud que se dedica a un área específica de la medicina. Por ejemplo, los cirujanos ortopédicos, los dermatólogos y los cardiólogos son especialistas.

Telesalud: es un servicio que permite a un paciente conectarse con un proveedor de atención de salud con consultas virtuales a través de un dispositivo electrónico, tal como un teléfono inteligente o una computadora. Los proveedores de telesalud con licencia ofrecen consultas que no sean de emergencia para una variedad de afecciones y pueden recetar medicamentos, cuando corresponda.

NON-DISCRIMINATION STATEMENT AND FOREIGN LANGUAGE ACCESS

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or when we provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice **(TDD 711)**.

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance by emailing contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at **800-832-9686** or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at **800-368-1019** or **800-537-7697 (TDD)**.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥 1-844-396-0188。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건강보험에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187로 연락해 주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839. (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی درباره ی این برنامه ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

Ni da doodago t'áa háida bíká'aná nílwo'ígíí díí Béeso Ách'ááh naa'níłgi háá'ída yí na' ídíł kidgo, nihá'áhóót'i' nihí ká'a'doo wołgo kwii ha'át'íshíł bí na'ídołkidígi doo bik'é'azláagóó. Ata' halne'é ła' bich'í' ha desdizih nínízingo, kojí' béesh bee hólne' 1-844-516-6328. (Navajo)

Vann du adda ebbah es du am helpa bisht, ennichi questions hend veyyich *deah health plan*, hend diah's recht fa hilf un information greeya in eiyah aykni shprohch unni kosht. Fa shvetza mitt en interpreter, roof deah nummah oh 1-833-584-1829. (Pennsylvania Dutch)

Nos complace tenerle como miembro de Capital Blue Cross. ¿Qué opina de esta guía de inscripción abierta? Dedique unos minutos a escanear este código QR y envíenos sus comentarios.



La información proporcionada está dirigida al público en general. No sustituye los servicios o consejos que haya recibido de sus proveedores de atención médica, que son los únicos que pueden diagnosticar y tratar sus afecciones médicas individuales. Capital Blue Cross y sus empresas afiliadas consideran que este recurso de educación para la salud proporciona información útil, pero no asumen ninguna responsabilidad asociada con su uso. Si tiene alguna pregunta sobre la información, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Programas de beneficios de atención médica emitidos o administrados por Capital Blue Cross o por sus subsidiarias, Capital Advantage Insurance Company®, Capital Advantage Assurance Company® y Keystone Health Plan® Central. Licenciatarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association que prestan servicios en 21 condados de la región central de Pennsylvania y en Lehigh Valley. Comunicaciones emitidas por Capital Blue Cross en su calidad de administrador de programas y relaciones con los proveedores para todas las empresas.