

LE DAMOS LA BIENVENIDA A CAPITAL BLUE CROSS



Para empleados de Penn Medicine Lancaster General Health

Julio de 2023

Estimados colegas de LG Health:

En Penn Medicine Lancaster General Health, creemos que la mejor atención para nuestros pacientes comienza con la mejor atención para nosotros mismos. Nuestro programa de beneficios para empleados, que incluye seguro médico, dental y de la vista, los ayudará a usted y a su familia a sentirse contenidos al momento de tomar decisiones relacionadas con su salud física, mental y emocional.

La inscripción anual para acceder a los beneficios de Penn Medicine Lancaster General Health se encontrará abierta del 15 al 31 de mayo de 2023. Las opciones que seleccione durante la inscripción de mayo de 2023 serán válidas del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024. Las ofertas de beneficios de este año incluyen varios cambios 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 de julio de 2023

Primas para atención médica y dental

- Las primas para atención médica y dental aumentarán ligeramente (5 %) con las nuevas tarifas que se verán reflejadas en el primer pago de julio, con fecha del 14 de julio de 2023.
- Nota: Las primas para atención médica, dental y de la vista para los empleados a tiempo completo ahora reflejarán un equivalente a tiempo completo (Full-Time Equivalent, FTE) de 0.9 o más.
- Las primas para empleados a tiempo parcial reflejarán un FTE de entre 0.5 y 0.8. Los empleados afectados por este cambio recibieron comunicaciones específicas.
- Las primas de atención de la visión no aumentarán.
- Los cambios en la prima solo afectan al 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 plan de seguro de salud LG Consumer seguirán sin pagar una prima por su seguro de salud.
- El deducible del plan LG Consumer se convertirá en un deducible integrado. Para obtener más información, consulte la página 10.
- Ya no se necesitará la autorización previa para la obtención de imágenes por medio de resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) angiografía por resonancia magnética (magnetic resonance angiogram, MRA), tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET) o tomografía computarizada (computed tomography, CT) cuando se realicen en un centro de Nivel 1.

Medicamentos recetados

- El administrador del plan de farmacia ya no será Express Scripts; ahora será Southern Scripts, que incluirá copagos más bajos para todas las recetas que se obtengan en cualquiera de las cuatro sucursales de la red de farmacias de conveniencia de LG Health.

Cuentas de gastos flexibles y cuenta de ahorros para atención médica

- El monto máximo que los empleados pueden contribuir a una cuenta de gastos flexibles (flexible savings account, FSA) para la atención médica para el año del plan de beneficios 2023–2024 aumentará a \$3,050 en las ganancias antes de impuestos. El límite anterior era de \$2,850.
- El monto máximo que los empleados pueden contribuir a su cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA) durante el año del plan de beneficios 2023-2024 es de \$3,850 para la cobertura individual o \$7,750 para la cobertura familiar. Los empleados de 55 años o más pueden hacer una contribución adicional de “recuperación” de \$1,000.

Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo

- Para aquellos empleados inscritos en el Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo, se aplicará una ligera disminución en las primas que entrará en vigencia después del 1 de julio de 2023. 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 ser aprobados para la cobertura.

Programa de apoyo a cuidadores

- Para aquellos empleados elegibles que tengan un FTE de 0.5 o más, se agregará un nuevo programa de defensa del cuidador pagado por el empleador: [Wellthy](#). Wellthy es un proveedor líder de cuidados que brinda apoyo a las familias en distintas áreas, como el cuidado de padres mayores, beneficios para veteranos, necesidades especiales y mucho más.

Tarjetas de identificación médica y de medicamentos recetados

- Los empleados recibirán nuevas tarjetas de identificación médica y de medicamentos recetados (estas son tarjetas de identificación independientes). Todas las tarjetas de identificación nuevas se enviarán mediante Capital Blue Cross (médica) y Southern Scripts (medicamentos recetados), y llegarán antes de que finalice el mes de junio.

¿Qué debe hacer?

- **La inscripción anual a los beneficios, que tendrá lugar del 15 al 31 de mayo, es una inscripción pasiva para acceder a cobertura médica, dental y de la vista. Sin embargo, aún tendrá que hacer otras elecciones, incluidas las siguientes:**
 - **Revisión de la cobertura médica, dental y de la visión:** si un empleado no inicia sesión en Workday para realizar cambios, la cobertura médica, dental y de la visión actual se mantendrá para el período comprendido entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024.
 - **Elección de las cuentas de gastos flexibles y de ahorros para la salud:** las elecciones de cuentas de gastos flexibles (FSA) para gastos médicos o para el cuidado de dependientes y de cuentas de ahorros para la salud (HSA) no se renuevan de forma automática. Si un empleado desea participar en estos programas, debe iniciar sesión en Workday entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024, y hacer nuevas elecciones.

Todos los empleados también recibirán esta información en un boletín impreso que se enviará por correo postal a sus direcciones particulares. Puede encontrar más información relacionada con los beneficios y la inscripción anual en [LGHealthBenefits.com](https://lghealthbenefits.com). Si tiene preguntas específicas relacionadas con la inscripción a los beneficios de salud, puede enviar un correo electrónico al [Departamento de Beneficios](mailto:lgh-benefits@pennmedicine.upenn.edu) a lgh-benefits@pennmedicine.upenn.edu

Copagos de medicamentos recetados* de LG Health Insurance

Gestionado por Southern Scripts

Cobertura de medicamentos recetados	Copagos
SOLO farmacias de conveniencia LGH (suministro para 30 días)	Genéricos: \$5 Marcas preferidas: \$15 Marcas no preferidas: \$30 De especialidad: \$0 Hipertensión e hiperlipidemia: \$0
SOLO farmacias de conveniencia LGH (suministro para 90 días)	Genéricos: \$10 Marcas preferidas: \$30 Marcas no preferidas: \$60 Hipertensión e hiperlipidemia: \$0
Surtido de recetas en farmacia minorista (suministro para 30 días)	\$15 genéricos/\$45 de marca preferida/\$75 de-marca no preferida
Surtido de recetas por correo postal (suministro para 90 días)	\$30 genéricos/\$90 de marca preferida/\$150 de-marca no preferida

*Los copagos de LG Consumer se aplican después de que se haya alcanzado el deducible anual (individual o familiar, si corresponde).

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

Southern Scripts ha sido seleccionado para administrar su beneficio de medicamentos recetados a partir del 1 de julio de 2023. 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 Southern Scripts. También puede hacerlo a través de la entrega a domicilio de la farmacia de conveniencia de LGH.

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 del paquete de beneficios de su empleador en las farmacias de conveniencia de la red LGH.

Herramientas para gestionar sus beneficios de farmacia



Fácil
Regístrese en línea * o descargue la aplicación móvil de Southern Scripts y tenga su información a mano en todo momento.



Cómodo
Historial de recetas, comprobación de precios de medicamentos, búsqueda en el formulario de medicamentos, acceso a su tarjeta de identificación digital y mucho más, todo en línea.

2 maneras sencillas de configurar su cuenta *



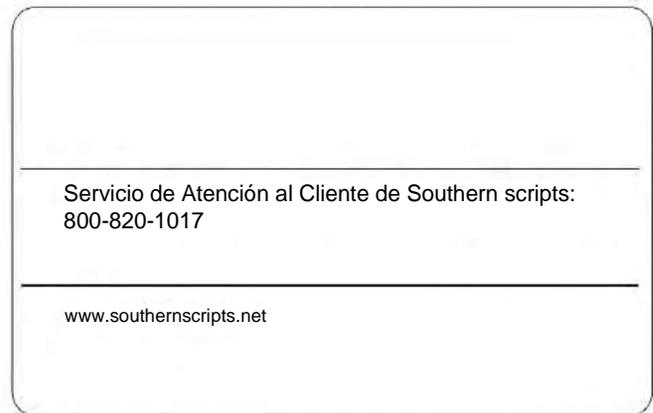
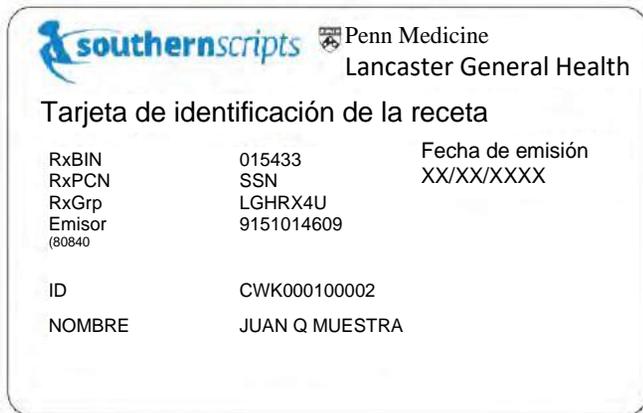
Visitmember.southernscripts.net



Visite su tienda de aplicaciones favorita para descargar la aplicación móvil de Southern Scripts

* La inscripción estará disponible a partir del 1 de julio de 2023

Nuevas tarjetas de identificación de medicamentos recetados



Inicie sesión en member.southernscripts.net para ver las farmacias disponibles cerca de usted.

Ahórrese el viaje con el servicio de entrega a domicilio y en el lugar de trabajo

Reciba medicamentos a largo plazo (y ahorros) directamente en su puerta de parte de las farmacias de conveniencia.

Atención personalizada para medicamentos de especialidad

Los medicamentos que tratan afecciones complejas se consideran medicamentos de especialidad y deben surtirse en las farmacias de conveniencia de LGH.

* Si tiene una receta activa en el pedido por correo de Express Scripts o en la farmacia de especialidad Accredo, esta se transferirá el 1 de julio de 2023 a la farmacia de conveniencia de LGH ubicada en North Duke Street.

* Si actualmente surte su medicamento de especialidad en una farmacia de conveniencia de LGH, no se requiere ninguna acción.

Elija entre diversas opciones de farmacias.

- Realice los pedidos en persona, en la farmacia o por teléfono.
- 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.

Ubicación de las farmacias

Farmacia de conveniencia: Lancaster General Hospital, primer piso, 555 North Duke St Lancaster, PA 717-544-5929

Farmacia de conveniencia: Kissel Hill
51 Peters Rd, Lititz, PA 717-627-7689

LG Health Convenience Pharmacy Columbia
306 N 7th St, Columbia, PA 717-684-1450

LG Health Convenience Pharmacy Suburban Pavilion:
Suburban Outpatient Pavilion, Third Floor
2108 Harrisburg Pike, Suite 314, Lancaster, PA
717-544-3154

Southern Scripts es una compañía independiente que ofrece beneficios de medicamentos recetados y otros servicios relacionados en nombre del plan de salud grupal de su empleador.



Primas del seguro para atención médica, 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	\$53.55	\$6.01	\$12.53	\$2.15	\$4.11
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$135.45	\$10.16	\$23.58	\$4.30	\$8.22
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$110.25	\$9.38	\$23.21	\$4.51	\$8.63
Familia	\$0.00	\$159.60	\$16.17	\$38.08	\$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	\$86.10	\$7.74	\$14.26	\$2.15	\$4.11
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$195.30	\$14.90	\$28.32	\$4.30	\$8.22
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$148.05	\$11.78	\$24.82	\$4.51	\$8.63
Familia	\$0.00	\$224.70	\$24.49	\$46.40	\$6.66	\$12.74

* Las primas reflejadas anteriormente estarán vigentes desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024

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 en centros ambulatorios o quirúrgicos 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 emergencia	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 Paciente ambulatorio 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 ded.	Copago de \$40, sin deducible Copago de \$15, sin deducible El plan paga el 80 % después del ded. ^{*1} El plan paga el 80 % 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 80 %
	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Límite anual de gastos de bolsillo Incorporado Individual Familiar	\$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 según lo usual y razonable (usual, customary and reasonable, UCR). 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 ** Familia – Total **		\$2,000 \$3,000 \$4,000
	Copago dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios médicos Médico de familia personal Especialista Médico de familia personal Visita electrónica Atención de urgencia 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/A.
	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Hospitalización de paciente interno Servicios del centro Servicios del médico	Después del deducible El plan paga el 90 % 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/A, 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 Paciente ambulatorio 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 % 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 Leitz, 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 prestarse por 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 (Usua, 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 de plan prevalecerá si existe alguna discrepancia entre este documento y el documento del plan.



CÓMO FUNCIONAN LOS DEDUCIBLES INCORPORADO



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

El 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

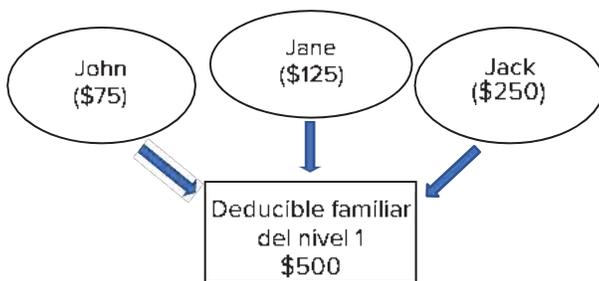
Empleado + 1 o más inscritos

- \$250 por miembro de la familia (integrado)
- \$500 familiar acumulativo

Gastos médicos

- John: \$75
 - Jane: \$125
 - Jack: \$250
- Gastos familiares acumulados = \$450**

Con un deducible familiar integrado, 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.**

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.

PLAN CONSUMER

Deducible anual (Nivel 1)

Solo empleado inscrito

- \$2,000 Individual

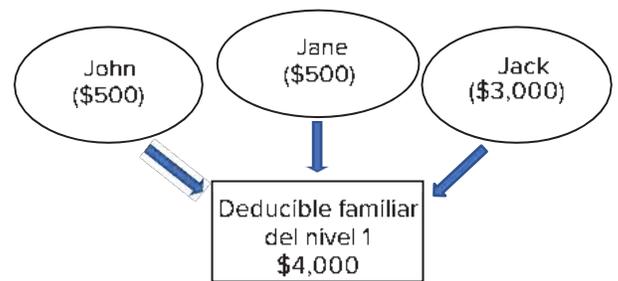
Empleado + 1 o más inscritos

- \$3,000 por miembro de la familia * (integrado)
- \$4,000 familiar acumulativo

Gastos médicos

- John: \$500
 - Jane: \$500
 - Jack: \$3,000
- Gastos familiares acumulados = \$4,000**

Con un deducible familiar integrado, 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.



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.**

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



PROGRAMA DE ASISTENCIA
A LOS EMPLEADOS

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 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.workliveservices.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
- 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



APOYAMOS EL BIENESTAR INTEGRAL DE LAS PERSONAS

MyHealthyLiving es el programa de bienestar voluntario y gratuito para los empleados de Penn Medicine Lancaster General Health. Acceda a las herramientas y recursos del programa de bienestar a través de Limeade y mejore su bienestar personal.

Active su cuenta de Limeade y participe en actividades para acumular puntos que podrá canjear por recompensas en efectivo en su cheque de pago.

CÓMO COMENZAR A PARTICIPAR

EN LÍNEA: Visite LGH.LIMEADE.COM



APLICACIÓN MÓVIL:

- Descargue la aplicación **Limeade ONE**.
- Ingrese el nombre del empleador, Lancaster General, o el código del programa, LGH.

ACTIVE SU CUENTA:

- Introduzca sus credenciales de PMLGH.
 - Estas son las mismas credenciales que debe utilizar para iniciar sesión en una computadora de LGH (por ejemplo, cr111).
- Acepte los consentimientos requeridos.

limeade



Utilice este código QR para visitar la página de inicio de sesión de Limeade.

SOPORTE ADICIONAL DENTRO DE LIMEADE

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 para crear un apoyo de entrenamiento personalizado relacionado con el agotamiento, el estrés, los objetivos, el rendimiento y el bienestar.

CÓMO COMENZAR A USAR MEQ

En Limeade:

Haga clic en “Discover” (Descubrir). Desplácese por las tarjetas en “Recommended by MyHealthyLiving” (Recomendado por MyHealthyLiving).

Elija “meQ: What’s Your Stress Personality” (meQ:Cuál es su personalidad de estrés), “meQuilibrium: Reach Your Weekly Activity Goal” (meQuilibrium: Alcance su objetivo de actividad semanal) o “meQuilibrium: Build Your Resilience” (meQuilibrium: Trabaje la resiliencia).

Limeade es una compañía independiente que ofrece beneficios y servicios relacionados en nombre del plan de salud grupal de su empleador.

meQuilibrium



Utilice este código QR para visitar la página de “meQuilibrium Spotlight” y acceder rápidamente a algunas herramientas gratuitas.



¿Qué es AblePay Health?

AblePay es un programa que puede ayudarlo a ahorrar hasta un 13 % en sus gastos médicos de bolsillo (copagos/deducibles/coseguro), además de asesorarlo si alguna vez tiene preguntas/inquietudes sobre una factura médica. Penn Medicine Lancaster General Health le ofrece AblePay **SIN COSTO (sin cuotas mensuales/anuales)**, y esta, a su vez, le ofrece opciones de pago flexibles para cualquiera de sus gastos deducibles/de coseguro (todos con ahorros o con un interés del 0 %)

Seis de nuestros empleados han ahorrado más de \$400 dólares en facturas médicas a través de este programa.

¿Cómo empiezo?

1. Visite el sitio web (ablepayhealth.com) y haga clic en “Enroll now” (Inscribirse ahora) o siga este enlace: <https://enroll.ablepayhealth.com/apply/lgh22>
2. Ingrese su información demográfica y seleccione “Penn Medicine Lancaster General Health” como su empleador
3. Agregue a los miembros de su familia de los que será responsable (pueden tener un plan de seguro diferente).
4. Agregue las condiciones de pago y los métodos de pago predeterminados.
5. Reciba su tarjeta de AblePay por correo y guárdela con la tarjeta del seguro.

¿Dónde puedo usar AblePay?

Penn Medicine: Lancaster General Health (LGH) y Penn Medicine aceptan el programa AblePay (incluye todos los hospitales y médicos empleados en los grupos de médicos).

¿Cómo se utiliza AblePay?

Muestre su tarjeta de AblePay junto con su tarjeta del seguro a los proveedores médicos. Ellos procesarán su tarjeta AblePay como un seguro secundario. Una vez que se complete el servicio y que su compañía de seguros procese su reclamación, su proveedor le facturará a AblePay. Usted recibirá un correo electrónico de AblePay que le informará que recibimos su factura y el monto que usted debe pagar (después de que su seguro haya pagado su parte). Dispondrá de 5 días para decidir si desea cambiar el método de pago y las condiciones por una de las opciones detalladas a continuación. Si pasan 5 días y no hace nada, el primer pago se descontará de su método de pago predeterminado en función del plazo que eligió originalmente.

Ejemplo de ahorro:

Tiene una factura médica de \$1,000 en Penn Medicine LGH. Usted paga a AblePay \$870, ahorra \$130, mientras que los \$1,000 completos se consideran para su deducible. **¿Tiene una factura pendiente en Penn Medicine LGH o Penn Medicine? Póngase en contacto con AblePay para ver si pueden ayudarlo.**

1 pago	Ahorra un 13 % con Bank ACH, un 10 % con tarjeta de crédito/débito
3 pagos	Ahorra un 10 % con Bank ACH, un 7 % con tarjeta de crédito/débito
6 pagos	Ahorra un 8 % con Bank ACH, un 5 % con tarjeta de crédito/débito
12 pagos	Ahorra un 0 % con Bank ACH y con tarjeta de crédito/débito (sin intereses)

¿Alguna pregunta? Visite el sitio web (ablepayhealth.com) o llámenos al (484) 292-4000.



APROVECHE AL MÁXIMO SUS BENEFICIOS

Los problemas de salud aparecen en los noticieros con mayor frecuencia que nunca. Es bueno que tenga acceso a la mejor calidad de atención de la red de proveedores más grande del país.

Utilice esta guía para aprovechar al máximo sus beneficios. Le agradecemos que se haya inscrito y haremos todo lo posible por brindarle nuestros servicios.

A su salud, Capital Blue Cross



En esta guía, se incluyen los siguientes temas:



- ◆ Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro



- ◆ Cómo encontrar médicos y detalles de los costos en nuestro sitio web



- ◆ Cómo obtener descuentos en servicios y productos de salud



- ◆ Cómo conectarnos de formas útiles para usted, incluidos los mensajes de texto, las llamadas telefónicas, los correos electrónicos, las consultas en la web y en nuestra aplicación



- ◆ Recomendaciones sobre los beneficios disponibles con su plan de salud, incluido el servicio de telesalud, si corresponde

Símbolos en esta guía:



Inicie sesión en su cuenta de **My Health Toolkit®**.



Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de membresía para hablar con un **representante del Servicio al Cliente**.



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.

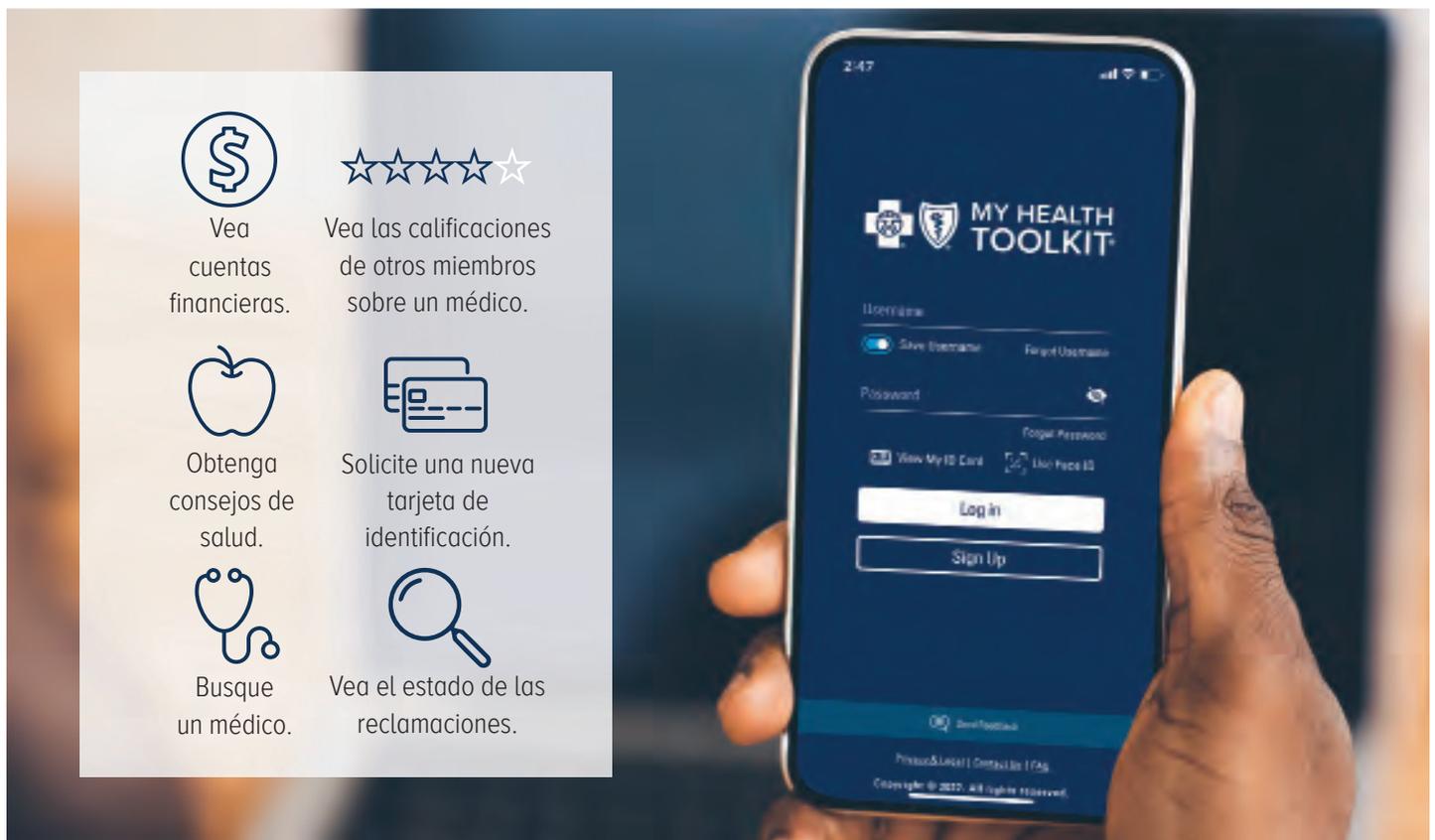
Programas de beneficios de atención médica emitidos o administrados por Capital Blue Cross o sus subsidiarias, Capital Advantage Insurance Company®, Capital Advantage Assurance Company® y Keystone Health Plan® Central. Licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association que prestan servicios 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.

UTILICE ESTE ACCESO DIRECTO

Descargue hoy mismo la aplicación móvil My Health Toolkit® y acceda fácilmente a toda la información relacionada con sus beneficios. 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.



En la página de inicio de su cuenta, encontrará un enlace a todos los recursos útiles incluidos 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?

Vaya a www.MyHealthToolkitCapital.com y, a continuación, haga lo siguiente:

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

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

NetworkBlue 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 el correo, pero le permite hacer lo siguiente:

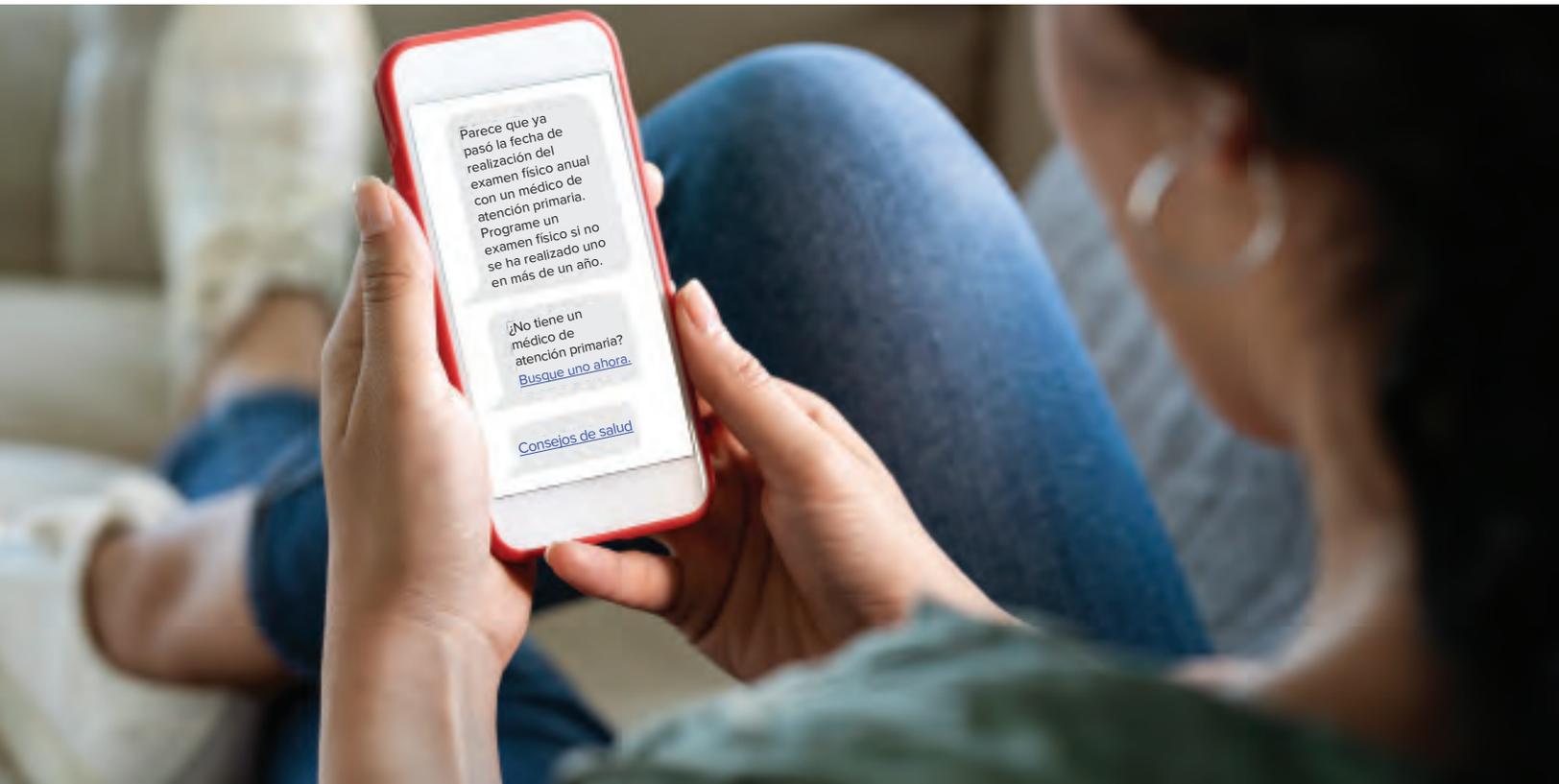
- ◆ Ver su identificación digital en un smartphone, tableta o computadora
- ◆ Enviar la tarjeta por correo electrónico a un cónyuge, un hijo o al consultorio del médico o la farmacia
- ◆ Imprimir la tarjeta desde un smartphone, tableta o computadora, y usar la copia impresa como una tarjeta de plástico

Acceso a su identificación digital

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

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 prefiere. Revise los siguientes consejos para suscribirse fácilmente.

Inicie sesión en My Health Toolkit y en My Profile (Mi perfil), seleccione My Contact Preferences (mis 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.

¿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

SHOPPING FOR CARE

Encuentre las mejores opciones de atención médica de igual manera que verifica sus opciones de automóviles, 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 hace que estas decisiones sean más fáciles con Shopping for Care. Busque 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 está considerando.
- ◆ Identifique los mejores proveedores en su área, con las designaciones Total Care y Blue Distinction® Specialty Care.
- ◆ Vea un mapa detallado que lo ayudará a llegar a donde necesite ir.

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

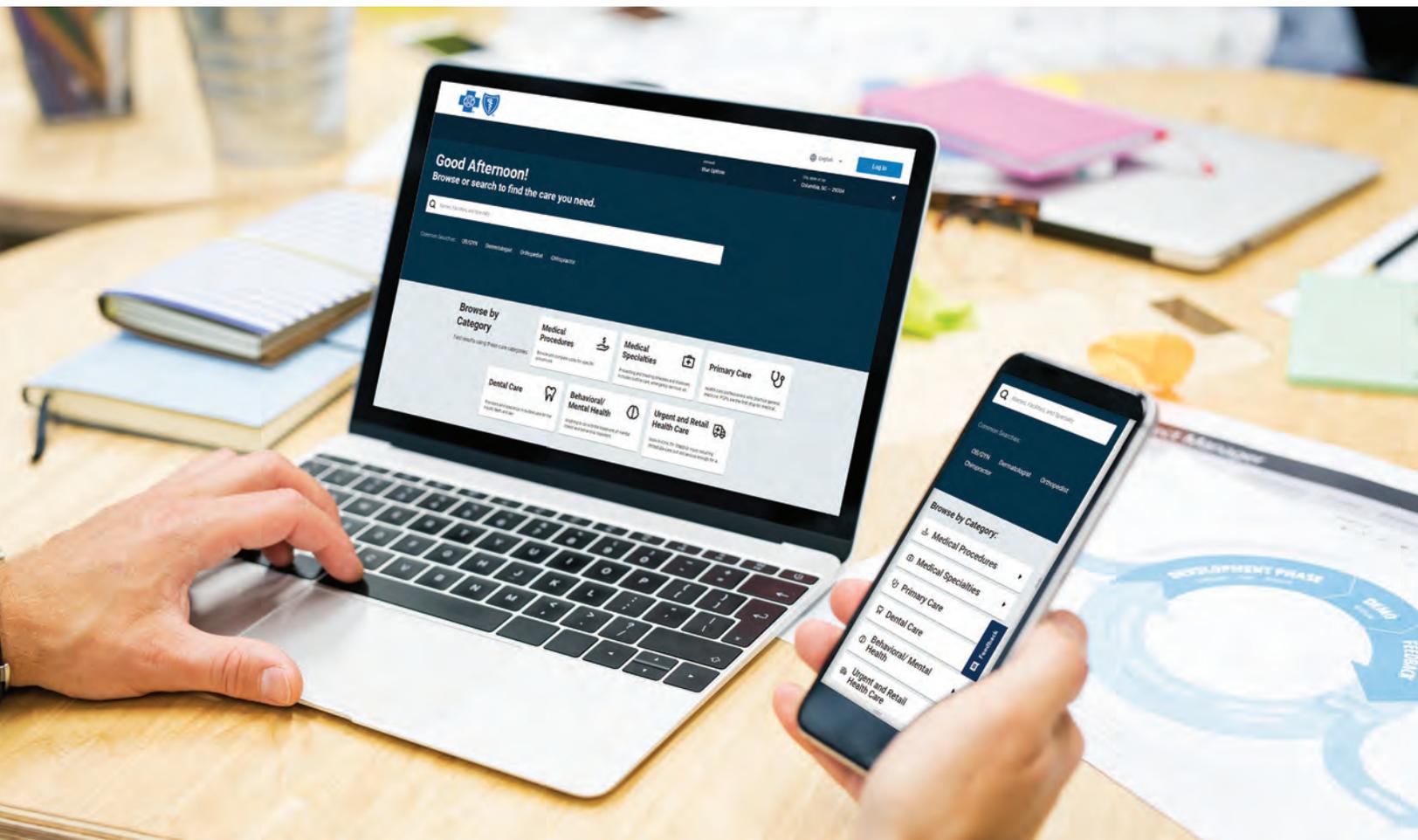
Acceda a Shopping for Care desde su computadora:

- ◆ Visite el sitio web **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:

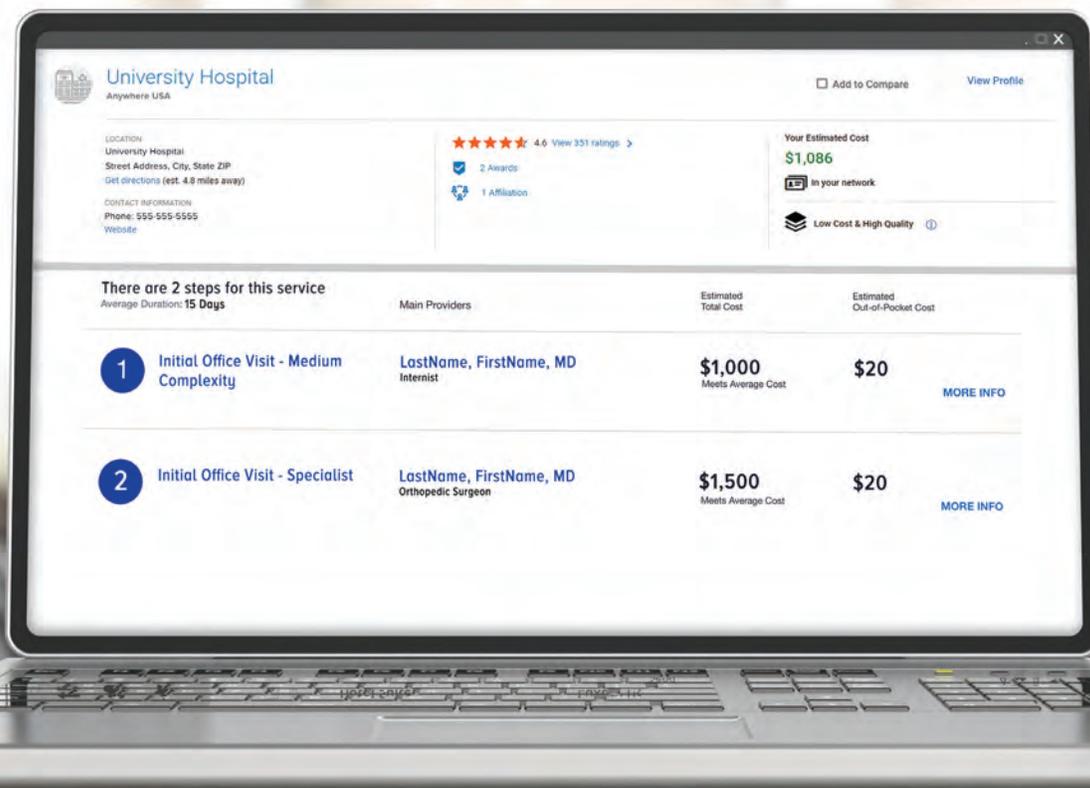
- ◆ Inicie sesión en la aplicación **My Health Toolkit** desde su dispositivo móvil.
- ◆ Seleccione **Find Care** (Buscar atención médica).

*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 [My Health Toolkit](#) de su plan de salud, ingrese a su cuenta de miembro de [My Health Toolkit](#).
- ◆ En [Resources](#) (Recursos), seleccione [Find Care](#) (Buscar atención médica) en [Shopping for Care](#).

A medida que explore más las categorías de [Find Care](#) (Buscar atención médica), 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.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Los consumidores de atención médica inteligentes verifican sus EOB.

Mantenga un registro de sus servicios médicos y dentales mediante la comprobación de cada Explicación de beneficios, o EOB. También puede elegir si desea recibir sus EOB por mensaje de texto, correo electrónico o correo regular.

¿Qué es una EOB?

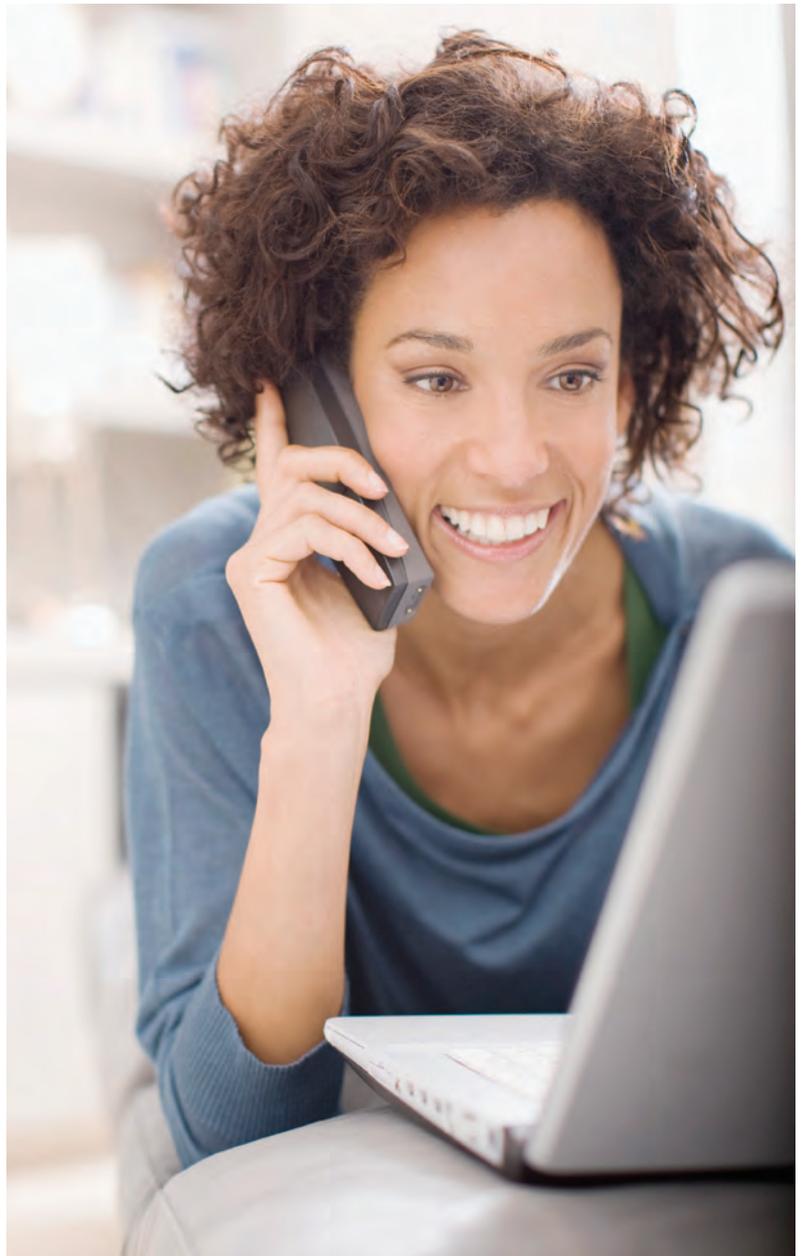
Cada vez que utiliza su seguro de salud, le enviamos una Explicación de Beneficios. Esta le muestra:

- ◆ Cuánto le cobró su médico por los servicios.
- ◆ Cuánto pagó su plan de salud.
- ◆ La cantidad aplicada a su deducible.
- ◆ La cantidad que usted debe pagar por cuenta propia.

¿Por qué es importante revisar su EOB?

Cuando sale a comer, cuando menos le echa un vistazo a la factura antes de pagar, ¿verdad? Verificar bien sus gastos médicos es aún más importante. Usted puede:

- ◆ Comparar las facturas del médico y del hospital con su EOB para asegurarse de que se le está facturando y está pagando la cantidad correcta.
- ◆ Compartir su EOB con su proveedor si detecta alguna diferencia.



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 otro seguro: Estos pueden incluir cobertura al amparo del plan de seguro de un cónyuge, Medicaid o Medicare.

Lo que debe hacer: Asegúrese de que tengamos actualizada la información de su otro seguro. De esta manera podemos procesar sus reclamaciones de manera correcta y oportuna.

- ◆ Si usted recibe otro Cuestionario de seguro médico por correo, llénelo y devuélvalo inmediatamente. Incluso si no tiene cobertura con otro plan de salud, necesitamos saberlo igualmente.

- ◆  También nos puede proporcionar esta información iniciando sesión en **My Health Toolkit**. Seleccione la pestaña **Benefits** (Beneficios), y luego **Other Health Insurance** (Otro seguro médico). En un dispositivo móvil, seleccione **Health Benefits** (Beneficios de salud) o **Dental Benefits** (Beneficios dentales), luego **Other Health Insurance** (Otro seguro médico).
- ◆  O llame al número que figura al dorso de su tarjeta de membresía y proporcione la información a un representante del servicio al cliente.

Agradecemos su ayuda.



Cómo obtener beneficios después de haber rechazado la cobertura

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

- ◆ Por ejemplo, usted puede haber rechazado la cobertura porque otro seguro de salud o 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 obtener cobertura si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega 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 empleador.

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 exclusivos 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 **Resources** (Recursos), luego **Blue365® Discounts** (Descuentos Blue365®). En un dispositivo móvil, seleccione **Menu** (Menú) y, a continuación, **Blue365® Discounts** (Descuentos Blue365®). Encontrará más detalles sobre descuentos para:



Fitness

- ◆ Membresía de gimnasio
- ◆ Dispositivo de fitness para llevar puesto
- ◆ Ropa deportiva
- ◆ Suscripciones a revistas
- ◆ Inscripción a carreras de 5 km 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
- ◆ Recuperación capilar
- ◆ Blanqueamiento dental



Alimentación saludable

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



Audición y visión

- ◆ Dispositivos para la audición
- ◆ Anteojos



Estilo de vida

- ◆ Clubes de viajes
- ◆ Paquetes de viajes
- ◆ Cuidado 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: solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica presentan ante la compañía de seguros de salud después de la prestación de servicios.

Coseguro: su parte del costo de un servicio de salud cubierto, que se calcula como porcentaje. Usted paga un coseguro más cualquier deducible que deba. Por ejemplo, supongamos que el monto permitido de su plan de salud para una cita en el consultorio es de \$100 y usted ya alcanzó su deducible. Usted paga un coseguro del 20 por ciento, lo que equivale a \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido.

Copago: el monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente, cuando recibe el servicio. El monto puede variar, según el proveedor y el tipo de servicio de atención médica.

Deducible: monto que paga por los servicios recibidos antes de que su plan de salud empiece a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan de salud no pagará los servicios cubiertos hasta que usted haya pagado \$1,000 por sus gastos de atención médica cubiertos. Después de eso, su plan de salud pagará todos los servicios cubiertos durante ese año de beneficios.

Dentro de la red: los centros, proveedores y distribuidores que su plan de salud contrata para que proporcionen servicios médicos. Generalmente, pagará menos por los servicios que reciba dentro de la red que aquellos que reciba fuera de la red.

Gastos por cuenta propia: 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: 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: una decisión que verifique que un servicio o tipo de tratamiento es médicamente necesario. Se necesita autorización previa antes de recibir determinados servicios y medicamentos, salvo en caso de emergencia.



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

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

Especialista: médico o 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: le permite a un paciente conectarse con un proveedor de atención de salud con consultas virtuales a través de un dispositivo electrónico, tal como un smartphone o 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.

SOLO PARA USTED:

Información sobre beneficios de su empleador



Consulte las siguientes páginas para obtener información adicional que su empleador ha elegido incluir en esta guía de beneficios.

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 تساعد 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 در باره 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'áá háída 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'ishíł 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 helfa 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? Tómese un momento para 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 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.