

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2025



THE ARCHDIOCESE
OF KANSAS CITY IN KANSAS

TABLA DE CONTENIDOS

Bienvenidos	3
Efectos de la Reforma de la Atención Médica	4
Encuentre un Proveedor de Atención Médica	5
Beneficios Médicas	6
Empezando	8
Telesalud	9
Medicamentos Recetados	10
Conserjería Enfermeras Navegadoras	12
Suministros Médicos	14
Atención Primaria Directa	15
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	17
Dental	20
Visión	21
Vida y AD&D	22
Discapacidad	23
Accidente Voluntario	24
Enfermedad Crítica Voluntaria	24
Indemnización Hospitalaria Voluntaria	25
Programa de Asistencia al Empleado	26
Avisos	27
Contactos	31

¡Bienvenido a su guía de beneficios 2025!

Esta guía tiene como objetivo proporcionar un resumen de alto nivel de sus beneficios

Para ser elegible para recibir estos beneficios, debe ser un empleado de tiempo completo, trabajando un promedio de 30 o más horas por semana durante el año escolar o calendario. Una vez que sea elegible, también puede inscribir a sus dependientes elegibles. Sus dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal del sexo opuesto e hijos dependientes (hasta el final del año calendario en el que cumplen 26 años). Los empleados recién contratados deben inscribirse o renunciar a la inscripción en los beneficios de la Arquidiócesis dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación. La cobertura de todos los beneficios comenzará el primer día del mes siguiente a los 30 días posteriores a la fecha de contratación. Consulte al administrador de su entidad en el sitio si tiene alguna pregunta sobre el proceso de inscripción.

Inscripción abierta 2025

La inscripción abierta comenzará a las 12:01 a.m. el 13 de Noviembre y finalizará a las 11:59 p.m. el 26 de Noviembre. Las elecciones que realice durante la Inscripción Abierta entrarán en vigencia el 1 de enero de 2025. Se trata de una inscripción activa. Todos los empleados deben pasar por BSwift y seleccionar o renunciar a los beneficios antes de la fecha límite de inscripción. Por favor, recuerde ENVIAR cuando haya terminado.

Eventos de Vida Calificados

Puede cambiar sus elecciones de beneficios durante el año si experimenta un evento de vida que califica, incluyendo:

- Matrimonio
- Nacimiento de su hijo
- Adopción o colocación para adopción de su hijo
- Fallecimiento de su cónyuge o hijo a cargo
- Cambio en la situación laboral del empleado, cónyuge o hijo dependiente
- Calificación por parte del Administrador del Plan de una orden de manutención de menores para cobertura médica
- Derecho a Medicare o Medicaid
- Inscripción en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos

*Los cambios en los beneficios fuera de la inscripción abierta deben completarse en su portal de beneficios de Paylocity/BSwift DENTRO DE LOS 30 DÍAS posteriores al evento de vida que califica.

Beneficio	¿Quién paga el costo?
Cobertura Médica / Farmacia	Empleador y empleado
Cobertura Dental	Empleador y empleado
Cobertura Voluntaria de la Vista	Empleado
Programa de Asistencia al Empleado	Fondo de Beneficios de Bienestar de la Arquidiócesis y Empleador
Cobertura básica de vida y AD&D	Empleador
Cobertura de Vida para Dependientes	Empleador y empleado
Vida Suplementaria Voluntaria	Empleado
Discapacidad a corto plazo	Fondo de Beneficios de Bienestar de la Arquidiócesis y Empleador
Discapacidad a largo plazo	Empleador y empleado
Cuenta de Gastos Flexible	Empleado
Cuenta de ahorros para la salud	Empleado

La información de esta guía se proporciona únicamente con fines ilustrativos. Para obtener información más detallada, consulte la descripción resumida de su plan que se encuentra en archkckbenefits.com. En caso de discrepancia, prevalecerán los documentos del plan real.



EFECTOS DE LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

Resumen de la cobertura de beneficios

Según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA o ACA), las compañías de seguros y los planes de salud grupales deben proporcionar a los consumidores un documento conciso que detalle, en un lenguaje sencillo, información simple y coherente sobre los beneficios del plan de salud y el uso excesivo. Este documento de Resumen de Beneficios y Excedente (SBC, por sus siglas en inglés) ayudará a los consumidores a comprender mejor la cobertura que tienen y, por primera vez, les permitirá comparar fácilmente diferentes opciones de cobertura. Resumirá las características clave del plan o la cobertura, como los beneficios cubiertos, las disposiciones de costos compartidos y las limitaciones y excepciones de la cobertura.

Se puede encontrar una copia del SBC en el portal de [beneficios en archkckbenefits.com](http://archkckbenefits.com).

Pautas de atención preventiva para la mujer

En agosto de 2011, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) anunció servicios adicionales de atención preventiva, desarrollados por el Instituto de Medicina independiente, para cubrir los servicios preventivos de la mujer sin cobrar un copago, un coseguro o un deducible. Además de exigir una cobertura del 100% para las visitas de rutina de la mujer y varios tipos de exámenes de detección, el HHS ha incluido la cobertura para los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA; sin embargo, el Plan de Salud de la Arquidiócesis no está obligado a cumplir con estas reglas, incluso como un plan sin derechos adquiridos, por lo tanto, la cobertura de anticoncepción continúa excluida bajo nuestro plan.

Servicios Preventivos

Nuestro plan de salud continúa cubriendo los servicios preventivos de rutina para todos los miembros. Los planes Advantage y Premier cubren las mamografías preventivas y las colonoscopias al 100%. Los servicios preventivos cubiertos pueden tener limitaciones de edad y/o género de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo Nacional de Servicios Preventivos. Dado que estas recomendaciones pueden cambiar ocasionalmente, verifique con Edison Health Solutions (EHS) u OptumRx qué servicios eventuales específicos y tipos de extractores de leche están cubiertos en su totalidad.

Ciertos extractores de leche también están cubiertos al 100% para los miembros de ambos planes.

Encontrar un proveedor de atención médica

Con una creciente red nacional de PPO* con más de 1.5 millones de proveedores y más de 6,400 centros,** Cigna HealthcareSM te ofrece una variedad de opciones de calidad para ayudarte a mantenerte saludable.

Tres formas de encontrar lo que necesitas

Hay tres maneras de encontrar un proveedor de la red:

- Si ya está inscrito, visite **myCigna.com** e inicie sesión con su ID de usuario y contraseña.
- Visite Cigna.com y haga clic en "**Buscar un médico, dentista o centro**". Asegúrese de seleccionar PPO***

- Llame a su administrador externo durante el horario comercial.

Las características de myCigna.com le permiten:

- Limite sus resultados por distancia, especialidad y más.
- Envíe por correo electrónico una copia de los resultados de su búsqueda.
- Encuentre médicos en 21 especialidades médicas diferentes que cumplan con ciertas medidas de calidad y rentabilidad y que hayan sido galardonados con la designación Cigna Care.
- Calcule los costos de los procedimientos en función de los datos históricos de Cigna Healthcare.

Si está buscando un profesional de la salud mental o del abuso de sustancias, consulte el folleto "Encuentre un proveedor/centro conductual" para obtener instrucciones detalladas. Puede solicitar este folleto a su plan de salud o a un administrador externo.

Una buena manera de evitar facturas médicas inesperadas es saber cómo funciona su plan. Ciertas decisiones que tome pueden afectar lo que pagará de su bolsillo.

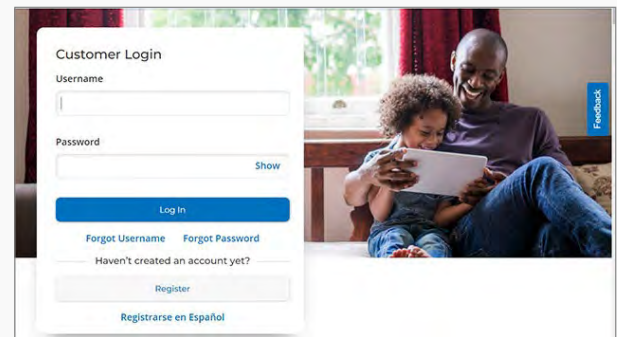
Dentro de la red vs. fuera: ¿cuál es la diferencia?

Para ayudarlo a ahorrar dinero, su plan de salud brinda acceso a una red de proveedores. Entre ellas se encuentran:

- Médicos
- Hospitales
- Laboratorios
- Centros de radiología
- Centros quirúrgicos

Opción 1

Inicie sesión en myCigna.com



Opción 2

1. Visite Cigna.com y haga clic en "Buscar un médico, dentista o centro" (arriba a la derecha).
2. Elija "Empleador o escuela".
3. Ingrese la ubicación geográfica que desea buscar y seleccione el tipo de búsqueda.
4. Inicie sesión o regístrese para myCigna.com, o "Continuar como invitado".
5. Rellena el campo "Vivo en" y elige "Continuar".
6. Seleccione la opción PPO que aparece en su pantalla.***



	Plan Premier dentro de la red	Directa Atención Primaria (CPD) y Navegación de enfermería	Plan Advantage dentro de la red
Deducible del año calendario (individual/familiar)	\$750 \$1,500	\$0 Deducible & Opciones de coaseguro de \$0 disponibles con Cualquiera de los dos planes	\$3,200 \$6,400
Año calendario Desembolso máximo (individual/familiar)	\$6,500 \$13,000		\$6,500 \$13,000
Coaseguro	20%		10%
Cuidado preventivo de rutina	100% cubierto		100% cubierto
Visita al consultorio del médico	Copago de \$25	\$0 con Atención Primaria Directa	Copago de \$40
Visita al consultorio del especialista	Copago de \$35	↔	Copago de \$50
Rehabilitación (PT, OT, ST)	Copago de \$25	↔	Copago de \$40
Salud mental	Copago de \$25	↔	Copago de \$40
Atención de urgencia	Copago de \$75	\$0 con Atención Primaria Directa o MyCatholicDoctor.com	Copago de \$100
Sala de emergencias	Copago de \$ 250, luego Ded + Coaseguro (Ded y monedas renunciadas si se admite)	↔	Copago de \$500, luego Ded + Coaseguro (se renuncia a Ded y monedas si se admite)
Maternidad	Ded + Coaseguro	Pague solo deducible, coseguro de \$0 con enfermería Navigation	Ded + Coaseguro
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Ded + Coaseguro	\$0 con navegación de enfermería	Ded + Coaseguro
Atención hospitalaria ambulatoria	Ded + Coaseguro	\$0 con navegación de enfermería	Ded + Coaseguro
Cuidado quiropráctico (límite de 20 visitas por año)	Copago de \$25	↔	Copago de \$40
Laboratorios	Ded + Coaseguro	\$0 en el laboratorio independiente de la red	Ded + Coaseguro
Imagenológico	Ded + Coaseguro	\$0 con navegación de enfermería	Ded + Coaseguro

Primer plano	Empleado por período de pago	Empleador por período de pago
Solo para empleados	\$80.00	\$186.00
Empleado + Cónyuge	\$248.00	\$580.00
Empleado + Niño(s)	\$209.00	\$489.00
Empleado + Familia	\$273.00	\$636.00

Advantage Plan	Empleado por período de pago	Empleador por período de pago
Solo para empleados	\$45.00	\$181.00
Empleado + Cónyuge	\$211.00	\$491.00
Empleado + Niño(s)	\$178.00	\$416.00
Empleado + Familia	\$232.00	\$542.00

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan que se encuentra en archkckbenefits.com.

Planificación Familiar Natural - Para Miembros Cubiertos por el Plan de Salud

Este beneficio incluye visitas educativas y de consejería (en persona o virtuales) para aprender Planificación Familiar Natural, y visitas al consultorio, sin costo para usted a través de MyCatholicDoctor.com. Cualquier atención adicional médicamente necesaria (como laboratorios, ultrasonidos, cirugía, etc.) ordenada por un proveedor de MyCatholicDoctor.com también estará disponible sin costo para usted, siempre que dicha atención se facilite a través de su Enfermera Navegadora.

Gianna Family Care: para miembros cubiertos por el plan de salud

El Plan de Salud de la Arquidiócesis brinda cobertura en Gianna Family Care, que es una práctica médica basada en la fe y de membresía ubicada en Shawnee, Kansas. Los cargos de la práctica médica de Gianna Family Care se tratarán de la siguiente manera:

- La membresía y otros honorarios médicos se reembolsarán al 90% del monto facturado para el plan Premier. La Ventaja estará sujeta al deducible cubierto en ese momento al 90%.
- Cualquier otro cargo, como laboratorios o medicamentos, si Gianna lo factura, se cubrirá como fuera de la red.

Se debe enviar un formulario de reclamo y un recibo detallado a Edison Health Solutions para su reembolso y se puede encontrar en el portal de beneficios en archkckbenefits.com.

Para obtener más información sobre esta práctica, visite: www.giannafamilycare.com.

Servicios de Consejería

Los servicios de consejería individual, matrimonial y familiar están disponibles sin costo alguno si se obtienen de cualquiera de MyCatholicDoctor.com o con un consejero de la lista de consejeros católicos aprobados por la Arquidiócesis disponibles a través de Concierge Nurse Navigation. El asesoramiento sobre disforia de género solo está cubierto en el plan hasta MyCatholicDoctor.com.



CÓMO EMPEZAR EN LÍNEA

1. Vaya a <https://gateway.edisonehs.com/> en su navegador web (Google Chrome o Internet Explorer)
2. Haga clic en el texto azul resaltado en la parte superior derecha de la pantalla que dice "Haga clic aquí para registrarse y/o inscribirse"
3. Seleccione "Miembro" en el menú desplegable y complete toda la información solicitada, luego haga clic en "ENVIAR"
4. A continuación, recibirá un correo electrónico de confirmación; abra y haga clic en el botón "Enlace de confirmación"
5. Una vez que aparezcan las palabras "El inicio de sesión se realizó correctamente" en su navegador, su información personal debería comenzar a cargarse en su panel de control y su portal de miembros personalizado tomará forma

CÓMO EMPEZAR A USAR LA APLICACIÓN MÓVIL

1. Abra la App Store (en iOS) o Android en su dispositivo móvil y busque "EdisonGateway"
2. Descarga la aplicación en tu dispositivo
3. En la pantalla de bienvenida, tendrás dos opciones:
 - a. Si ya se ha registrado en EHS Gateway, use la misma información de inicio de sesión para esta aplicación EdisonGateway, o
 - b. Si aún no se ha registrado, haga clic en el texto azul "Registrarse para Gateway", complete toda la información solicitada y luego haga clic en "ENVIAR"
4. A continuación, recibirá un correo electrónico de confirmación; abra y haga clic en el "Enlace de confirmación" para completar el registro
5. Eso debería hacer que la pantalla de la aplicación móvil de EHS diga "El inicio de sesión se realizó correctamente" y su información personal comenzará a cargarse en el panel de control de su aplicación

MEMBERS@EDISONEHS.COM • 888.473.3476

MyCatholicDoctor es una organización nacional que le brinda una red de profesionales médicos fieles a través de citas por video (telesalud), SIN COSTO para usted. Ofrecemos atención de urgencia de acceso rápido las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, así como visitas con cita previa. Las visitas programadas NO TENDRÁN COPAGO e incluirán tanto la atención primaria como la atención especializada.

Podemos iniciar su atención médica virtualmente, solicitar los análisis de laboratorio o las imágenes necesarias y enviar recetas a cualquier farmacia de su elección. Practicamos la medicina científica basada en la evidencia desde una perspectiva católica e integramos la espiritualidad católica en nuestra atención según corresponda a la situación.

\$0 para todos los miembros

para comenzar, escanee el código QR o visite

<https://mycatholicdoctor.com/archkck/>



No se requiere contraseña, no hay aplicación especial **¿Cuándo puedo usar MyCatholicDoctor?**



Elija nuestra atención de urgencia de acceso rápido cuando:

- Necesita atención ahora
- Si está considerando ir a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia por un problema que no es de emergencia
- Está de viaje
- Necesita atención fuera del horario comercial

Citas de acceso a través de teléfonos inteligentes por video o teléfono. Visitas confidenciales disponibles durante las noches, fines de semana y días festivos.

Servicios ofrecidos en Kansas y Missouri:

- Atención Primaria Virtual
- Atención Pediátrica, Servicios de Demencia, Gastroenterología
- Salud y fertilidad de la mujer
- Salud del Hombre
- Salud mental
- Medicina funcional
- Cuidado de los ancianos
- Dermatología
- Cuidado de adicciones
- Medicina del adolescente
- Apoyo a la atención Covid
- Deterioro Cognitivo y Cuidados paliativos y cuidados al final de la vida
- Endocrinología
- Consejo Genético piso PT
- Medicina del estilo de vida
- Consulta de lactancia
- Clínicos de bienestar
- Planificación familiar natural
- Pediátrico y Adolescente
- Cuidado de heridas
- Cuidado del S P
- Fisioterapia, incluida la pelvis
- Fisioterapia vestibular y del equilibrio
- Podología
- Medicina del sueño
- Consulta de vacunas y medicamentos
- Aborto espontáneo y pérdida de bebés

MEDICAMENTOS CON RECETA

OptumRx es el administrador de beneficios de farmacia para nuestros beneficios de medicamentos recetados. Su plan incluye una lista de medicamentos recetados que son preferidos por el plan porque ayudan a controlar el aumento de los costos de los medicamentos recetados. Esta lista, a veces llamada formulario, tiene una amplia selección de medicamentos genéricos y de marca. Se puede acceder a esta información después de los beneficios a partir del 1 de enero de 2025. Los miembros deberán registrarse en OptumRx.com para poder ver la lista de medicamentos del formulario.

Querrá usar una farmacia minorista participante para obtener recetas a corto plazo (como antibióticos para tratar infecciones). Asegúrese de mostrar el código de beneficio de medicamentos recetados de OptumRx al farmacéutico y pague su copago minorista por cada receta.

Los medicamentos a largo plazo (aquellos que se toman durante tres (3) meses o más) se pueden presentar a través de la amplia red de farmacias de 90 días de OptumRx. Puede surtir sus medicamentos a largo plazo en una farmacia minorista local como Walgreens, Target, Wal-Mart y muchas tiendas de comestibles. OptumRx también ofrece una opción de farmacia de pedidos por correo a través de su farmacia de entrega a domicilio, a menudo llamada farmacia de servicio por correo. Los medicamentos especializados se solicitan a través de la farmacia especializada de OptumRx.

Medicamentos recetados	Primer plano	Advantage Plan
Venta minorista de nivel 1 (suministro para 30 días)	Menor de \$5 o costo real	Menor de \$5 o costo real
Pedido por correo de nivel 2 (suministro para 90 días)	Menor de \$15 o costo real	Menor de \$15 o costo real
Venta minorista de nivel 2 (suministro para 30 días)	25% del costo hasta \$50	25% del costo hasta \$75
Pedido por correo de nivel 2 (suministro para 90 días)	25% del costo hasta \$50	25% del costo hasta \$75
Venta minorista de nivel 3 (suministro para 30 días)	40% del costo	40% del costo
Pedido por correo de nivel 3 (suministro para 90 días)	40% del costo	40% del costo
Medicamentos especializados	25% del costo hasta \$300	25% del costo hasta \$350

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la Descripción resumida del plan de Optum en archkckbeneficios.com.

Para encontrar una farmacia minorista participante cerca de usted, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de OptumRx al [855-524-0381](tel:855-524-0381) o inicie sesión en OptumRx.com. Horario de atención: 24 horas al día, 7 días a la semana.

Farmacia al alcance de tu mano

El sitio web y la aplicación de Optum Rx son formas rápidas, fáciles y seguras de obtener la información que necesita para aprovechar al máximo su beneficio de farmacia. Regístrese para obtener una cuenta en línea y podrá:

- Consultar los precios de los medicamentos
- Hacer un pedido a domicilio
- Seguimiento del estado de los pedidos de entrega a domicilio
- Acceda e imprima su tarjeta de identificación

- Encuentre una farmacia de la red
- Regístrese para recargas automáticas
- Ver reclamaciones e información de beneficios

Descargue la aplicación móvil Optum Rx

Toma lo mismo **OptumRx.com** herramientas contigo mientras viajas descargando la aplicación. Administre su medicación en cualquier momento y en cualquier lugar.



Regístrese ahora

Para configurar su cuenta en línea:

1. Vaya a OptumRx.com o escanee el código QR a continuación
2. Seleccione Registrarse en la página de inicio
3. Ingrese la información de su tarjeta de identificación de miembro
4. Crea un nombre de usuario y una contraseña
5. Completa tu perfil

Si ya tiene una cuenta, inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.



Escanea aquí para ir a OptumRx.com

Ahorre tiempo y administre su medicación con estas herramientas digitales de Optum Rx



Entrega a domicilio

- Transfiera sus recetas a Optum[®] Home Delivery y reciba un suministro de 90 días en su hogar.
- Administre las renovaciones de medicamentos a domicilio, realice un seguimiento del estado de la entrega y vea sus medicamentos surtidos en una farmacia de la red.
- Vea cómo puede ahorrar en sus medicamentos.



Más funciones y herramientas

- Fijar el precio de un medicamento y comparar los costos de diferentes farmacias o encontrar alternativas de menor costo.
- Consulte su lista/formulario de medicamentos recetados para ver los medicamentos cubiertos.
- Utilice la herramienta de localización de farmacias para encontrar la farmacia de la red más cercana.
- Ver información sobre reclamaciones y beneficios, como el deducible, los gastos de bolsillo y el historial de reclamaciones.
- Enviar y realizar un seguimiento de una solicitud de autorización previa.



Cuéntanos cómo quieres saber de nosotros

- Regístrese para recibir comunicaciones electrónicas.
- Opta por recibir correos electrónicos personalizados.
- Configure notificaciones de farmacia por mensajes de texto y recordatorios de medicamentos.

Navegación de enfermería disponible para todos los miembros inscritos en el plan médico

NAVEGACIÓN DE CONSERJERÍA - ¡Encontremos los médicos de la más alta calidad para USTED!

- Elegir centros que brinden atención de alta calidad comprobada
- Elegir médicos y centros que acepten con gusto su plan de salud
- Ayuda a maximizar sus beneficios y a educar a sus gastos de bolsillo
- Comprender su diagnóstico y opciones de tratamiento
- ¿Cuándo es apropiada una segunda opinión?

Llame ANTES de programar la atención.

ELIMINE SU DEDUCIBLE Y COSEGURO

¿POR QUÉ BUSCAR LA CALIDAD PRIMERO?

- Menor costo
- Menos diagnósticos erróneos
- Tasas de infección más bajas
- Menos complicaciones
- Menor probabilidad de volver al hospital tras el alta.
- Reducción del daño y la muerte del paciente
- Cuidado adecuado, momento adecuado, lugar adecuado.

¿Qué califica para EXENCIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

bajo el programa Concierge Nurse Navigator?

• **Imagenología:** tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido, ecocardiograma, etc.

• **Cirugías programadas para pacientes hospitalizados / ambulatorios:** reemplazo de cadera, cirugía de bypass cardíaco, reemplazo de rodilla, etc.

• **Procedimientos ambulatorios programados:** colonoscopia, cateterismo cardíaco, etc.

• **Segundas opiniones:** con un médico altamente calificado o un Centro de Excelencia (es decir, diagnóstico o tratamiento de cáncer, cirugía o fusión de columna, cirugías complejas)

Póngase en contacto con su conserjería local Nurse Navigators

para obtener ayuda para navegar por el complejo sistema de atención médica.



Jill Stean, RN
913-600-7150 voz/texto (seguro HIPAA)
Jill@mynursenavigators.com



Jessica Zulauf, RN
913-600-7130 voz/texto (seguro HIPAA)
Jessica@mynursenavigators.com

Productos y servicios médicos

Connect DME



ConnectDME es el proveedor líder de suministros directos a domicilio. Estamos comprometidos a cuidarlo y brindarle soluciones que faciliten la elección y recepción de los productos necesarios para vivir su mejor vida. Ayudamos a simplificar la vida: desde el conocimiento del producto y el estado del pedido, hasta los detalles de la cobertura del seguro, somos defensores de las complejidades de la atención médica. Durante más de 90 años, los clientes han confiado en nosotros para obtener suministros de manera fácil, urgente y precisa.

- CPAP, BiPAP
- Suministros de CPAP
- Nebulizadores
- Aparatos ortopédicos para articulaciones y espalda
- Andadores de botas
- Rodilleras
- Catéteres
- Estudio del sueño
- Estimuladores óseos
- Unidades TENS
- Terapia de frío/calor
- Extractores de leche
- Terapia de compresión

BENEFICIO DEL COPAGO CERO DEL 100%
Envío y manejo GRATIS y envío al día siguiente
GRATIS Configuración y capacitación en el hogar

SIN COSTO para usted o su familia Comuníquese con sus enfermeras orientadoras al 913-600-7150 913-600-7130

Suministros para diabéticos



Diathrive abrió sus puertas en 1928 como una pequeña farmacia de esquina en Ohio y ha crecido hasta convertirse en un proveedor líder de suministros médicos a nivel nacional. Nuestras décadas de experiencia nos permiten ofrecerle la mayor selección de productos y marcas, una cobertura de seguro completa y pedidos sin complicaciones.

SUMINISTROS DE CALIDAD PARA PRUEBAS DE DIABETES

Suministros entregados directamente en su puerta SIN COSTO para usted.

- Aprobado por la FDA
- Preciso y fiable
- Entrega cada 3 meses

Te encantará este nuevo beneficio para la salud.

¡Ahora tiene el beneficio de una atención personalizada y continua de un médico de atención primaria sin salir de la comodidad de su hogar!

Médico local, copagos de \$0, deducibles de \$0, visitas ilimitadas

¡Todo el NUEVO programa de Atención Primaria basado en el valor significa más tiempo con su médico para un mejor USTED!

Use la Atención Primaria Directa para:



Prevención y Bienestar

Controle su salud actual y elabore un plan personalizado para mantenerse sano y fuerte.



Servicios de Salud Mental

Ayuda para la depresión, la ansiedad y más



Manejo de enfermedades

Apoyo en el manejo del asma, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el colesterol alto, el tabaquismo, la EPOC y más.



Problemas de atención de urgencia

Hable con su médico en minutos para infecciones de los senos paranasales, infecciones urinarias, resfriados, erupciones cutáneas por gripe, dolor de cabeza y más.



Referencias, pruebas y más

Nuestros médicos pueden:

- Solicitar laboratorios, pruebas y exámenes de detección
- Proporcionar notas de enfermedad y documentación
- Trabajar con su Nurse Navigator para obtener referencias a especialistas de alta calidad



Cuida tu tiempo.

- Acceso directo a su médico
- Envíe mensajes de texto/consulte directamente a su médico
- Cómodas consultas de video/imagen
- Programe citas directamente a través de la aplicación



No Copays, No Hassles

Esta atención y servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año con un médico de conserjería que trabaja para USTED. Atención primaria, manejo de enfermedades y asuntos urgentes para adultos.



Redefinición de la Atención Primaria Asequible Accesible Excepcional



Adoptando el modelo de Atención Primaria Directa

La membresía de atención primaria directa de Nextera Healthcare le ofrece a usted y a los miembros adultos de su familia una solución conveniente y rentable. La atención primaria directa elimina los problemas del seguro al proporcionar acceso ilimitado a su médico, horarios de citas extendidos y un enfoque en la atención proactiva, brindando un mayor valor de su cobertura de atención primaria.

Lo que Nextera Healthcare le ofrece:



\$0 Atención Primaria/Necesidades Urgentes

Con Nextera Healthcare, disfrute de un acceso rápido a servicios integrales de atención primaria como chequeos, exámenes físicos, necesidades urgentes y manejo de enfermedades crónicas, por ejemplo, atención de asma y salud mental. Nuestra membresía de atención primaria directa brinda acceso conveniente y sin costo a atención médica personalizada, lo que garantiza que reciba la mejor atención y la adecuada para sus necesidades de salud.



\$0 Cuidado fuera del horario de atención, días festivos y fines de semana

En Nextera Healthcare, su bienestar es nuestra prioridad, incluso después del horario habitual de oficina. Nuestro servicio de atención de urgencia fuera del horario de atención le permite conectarse con un médico de guardia para obtener asistencia inmediata, lo que garantiza que reciba atención oportuna y experta cuando más la necesite.



Aplicación segura

Experimente una atención médica sin interrupciones con la aplicación segura HIPAA de Nextera Healthcare. Accesible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, nuestra aplicación le permite solicitar citas, buscar ayuda fuera del horario de atención, mantenerse conectado con su equipo de atención y comunicarse directamente con su médico. Disfrute de la tranquilidad con una atención médica que siempre está a su alcance.

NUESTROS SERVICIOS:

- Cuidados intensivos y manejo de enfermedades crónicas
- Manejo de alergias
- Dermatología
- Gestión de la salud mental
- Evaluación y apoyo del sueño
- Manejo del estrés
- Esguinces, laceraciones y huesos rotos
- Control de peso y evaluación de riesgos para la salud
- Salud de la mujer y del hombre

Además de los servicios anteriores, la membresía de Nextera Healthcare ofrece a los pacientes:

- Atención fuera del horario de atención para necesidades médicas más urgentes (emergencias que no ponen en peligro la vida)
- Acceso remoto o virtual a los médicos por correo electrónico o teléfono si está ocupado o de viaje
- Servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorio con grandes descuentos
- Citas el mismo día / día siguiente
- No Copays or Deductibles

¿Listo para usar su membresía de Nextera Healthcare?
Llámenos hoy al 303-501-2600 para su primera cita



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Puede participar en dos Cuentas de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) administradas por Paylocity: una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud y una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Cada cuenta le permite apartar dinero para pagar ciertos gastos antes de impuestos.

Tenga en cuenta: Debe estar inscrito en el plan médico para participar en una cuenta FSA.

Triple Ventaja Fiscal con una FSA

El dinero que usted aporta a una FSA nunca está sujeto a impuestos.

- NO cuando se deduce de su cheque de pago y se deposita en su cuenta
- NO cuando se le reembolsan los fondos de la cuenta
- NO cuando presentas tu declaración de impuestos sobre la renta al final del año.

Tipo de cuenta	Contribución Anual Máxima	Última fecha para incurrir en gastos	Última fecha para ClaimFiles	¿Qué sucede con el saldo no utilizado al final del año?
FSA para el cuidado de la salud* *Se requiere inscripción en el plan médico	\$3,300*	31 de diciembre de 2025	31 de marzo de 2026	Puede transferir hasta \$660 de su saldo no utilizado de un año a otro, y los fondos restantes que queden en su cuenta al final del año serán PERDIDO.
FSA para el cuidado de dependientes**Plan médico Inscripción requerida	\$5,000 (\$2,500 si está casado y presenta una declaración por separado)	31 de diciembre de 2025	31 de marzo de 2026	Los fondos que queden en su cuenta al final del año serán PERDIDO.



CUENTAS DE GASTOS MÉDICOS FLEXIBLES (FSA)



Las FSA médicas permiten a los empleados reservar dinero para los costos de salud denominados "gastos calificados", que incluyen deducibles, copagos, coseguros, medicamentos recetados, atención dental y de la vista, y pueden ayudarlo a ahorrar dinero y facilitar el presupuesto de los costos médicos.

Información de la Cuenta de Gastos Médicos Flexibles (FSA)	
Elegibilidad	Debe ser un empleado inscrito en un plan médico.
Límites de contribución 2025	\$3,300
Gastos Médicos Elegibles	Los gastos médicos calificados son aquellos especificados en el plan que generalmente calificarían para la deducción de gastos médicos y dentales. por ejemplo, copagos, coseguros, deducibles, medicamentos recetados, aparatos ortopédicos, gastos dentales y de cuidado de la vista.
Propietario de la cuenta	Empleador
Requerir comprobante de gastos	Sí, debe conservar el comprobante de pago. Se requerirá validación, excepto para deslizar la tarjeta de débito para los copagos establecidos asociados con el beneficio de salud o farmacia
Cambios en las contribuciones	Solo para eventos que califican, como matrimonio, nacimiento o durante la inscripción abierta.
Desembolso de fondos	El monto total de la contribución anual está disponible al comienzo del año, incluso si la cuenta aún no está completamente financiada.
Portabilidad y decomiso	<p>Opción 1. Tras la terminación, la participación en la FSA médica cesará y no se realizarán más contribuciones en su nombre. Tiene 90 días después de la fecha de terminación para presentar reclamos por gastos de atención médica en los que se incurrió antes de la fecha de terminación.</p> <p>Opción 2. Antes de su último día de trabajo, puede financiar los meses restantes de contribuciones a su FSA médica, por lo que todas las contribuciones del año se hayan realizado antes de dejar el empleo. Luego se le permitirá continuar incurriendo en gastos de atención médica y presentar recibos hasta el final del año calendario en el que termina su empleo. Nuevo texto</p> <p>Presente reclamos después de que termine su empleo comunicándose con Paylocity al batinfo@paylocity.com o al 1-800-631-3539</p>
Arrastre de saldo (o reinversión)	Hasta \$660 de fondos no utilizados se pueden transferir al año siguiente, y el resto del saldo no gastado se pierde.
Opciones de inversión	No
Expiración	Todo el dinero de una FSA médica caduca y se pierde al final del año; Hasta \$660 se pueden transferir al próximo año del plan.

*Existen otras opciones de inscripción:

- FSA para el cuidado de la salud: inscripción en nuestro plan médico
- FSA para el cuidado de dependientes: inscripción en nuestro plan médico

Una FSA para el cuidado de dependientes (DCFSA, por sus siglas en inglés) es un conteo de beneficios antes de impuestos que se utiliza para pagar servicios de cuidado de dependientes elegibles, como preescolar, campamento de verano, programas antes o después de la escuela y cuidado diurno para niños o adultos. Es una forma inteligente y sencilla de ahorrar dinero mientras cuidas de tus seres queridos para que puedas seguir trabajando

Información de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes (DCFSA)	
Elegibilidad	Para ser elegible para una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes (DCFSA, por sus siglas en inglés), debe estar inscrito en un plan médico y cumplir con los siguientes requisitos: Tener un dependiente: Debe tener un dependiente que sea menor de 13 años o que sea mental o físicamente incapaz de cuidar de sí mismo. Reclamar al dependiente: Debe reclamar al dependiente en su declaración de impuestos federales. Pagar por el cuidado: Debe pagar por el cuidado del dependiente para que pueda trabajar, buscar trabajo o ir a la escuela a tiempo completo.
Límites de contribución 2025	\$5,000 Cuidado de niños, como guardería, niñera y
Gastos Médicos Elegibles	preescolar Programas antes y después de la escuela Verano Campamentos diurnos (no campamentos nocturnos) Tarifas de solicitud y tarifas de inscripción para programas elegibles Transporte hacia y desde los servicios de cuidado de dependientes elegibles Impuestos sobre la nómina relacionados con el cuidado de dependientes elegible
Propietario de la cuenta	Empleador
Requerir comprobante de gastos	Sí, debe conservar el comprobante de pago. Se requerirá validación, excepto para deslizar la tarjeta de débito para los copagos establecidos asociados con el beneficio de salud o farmacia.
Cambios en las contribuciones	Solo para eventos que califican, como matrimonio, nacimiento o durante la inscripción abierta.
Desembolso de fondos	Los fondos de DCFSA están disponibles a través de deducciones de nómina y puede usarlos para pagar los gastos elegibles de cuidado de dependientes.
Portabilidad y decomiso	Si el Participante termina su empleo durante el Año del Plan, las reclamaciones de reembolso deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la terminación del empleo. Cualquier saldo restante en la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes del Participante al final del tiempo para el reembolso de reclamaciones para cada Año del Plan se perderá. Enviar reclamos después de que termine su empleo comunicándose con Paylocity al batinfo@paylocity.com o al 1-800-631-3539
Arrastre de saldo (o reinversión)	Sin traspaso ni vuelco.
Opciones de inversión	No
Expiración	Todo el dinero en una DCFSA vence y se pierde al final del año.

Grupo #51636

El plan cubre chequeos de rutina y cobertura integral para otros tipos de trabajos dentales que pueda necesitar. Nuestro plan también le ofrece la flexibilidad de buscar tratamiento de cualquier proveedor.

Para encontrar un dentista
 Llame al
 1-800-234-3375 en
 línea
deltadentalks.com

Servicios	Descripción	Monto del beneficio
Procedimientos Tipo I	Exámenes, limpiezas, tratamientos de flúoride (2 al año)	El Plan paga el 100% de la Asignación Máxima del Plan; Este beneficio no se aplica al Máximo Anual
Procedimientos Tipo II	Fillings regulares (amalgama o composite), extracciones, endodoncias no quirúrgicas	Una vez que se alcanza el deducible, el plan paga el 80% de la asignación máxima del plan
Procedimientos Tipo III	Incrustaciones, coronas, dentaduras postizas, implantes	Una vez que se alcanza el deducible, el plan paga el 60% de la asignación máxima del plan
Procedimientos Tipo IV	Servicios de ortodoncia Para adultos y niños	Una vez alcanzado el deducible, el plan paga el 50% de la asignación máxima del plan hasta un beneficio máximo de por vida de \$2,500
Deducible anual	Se aplica a los procedimientos de tipo II, III y IV	\$25 por persona
Máximo Anual	Por persona cubierta	\$2,500

Costo del empleado por período de pago	Participación de los empleados	Participación del empleador
Solo para empleados	\$6.42	\$14.99
Empleado + Cónyuge	\$18.35	\$42.81
Empleado + Niño(s)	\$15.82	\$36.92
Empleado + Familia	\$20.23	\$47.20

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.

Grupo #351035

Los beneficios de la vista se derivan a través de VSP. El programa de Visión Voluntaria proporciona una cobertura integral para todas sus necesidades de visión de rutina. Usted paga el costo total de la cobertura a través de deducciones de nómina antes de impuestos.

Para encontrar un proveedor de VSP...
Llame al 1-800-877-7192

Beneficio	Red VSP
Examen de la vista	Copago de \$15
Materiales	Copago de \$20
Lentes monofocales bifocales trifocales	Cubierto en su totalidad
Marcos	Asignación de \$175
Lentes de contacto Adaptación y evaluación Optativa medicamento necesaria	Hasta \$60 de copago 100% cubierto Asignación de \$160
Monturas de lentes de examen de frecuencia	12 meses 12 meses 24 meses

Costo del empleado por período de pago	
Solo para empleados	4,48 \$
Empleado + Cónyuge	9,03 \$
Empleado + Niño(s)	10,34 \$
Familia	\$16.48

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.

Grupo #948064

Vida Básica y AD&D

100% pagado por el empleador

El seguro de vida a término y la cobertura por muerte accidental y desmembramiento se proporcionan como una medida de protección a sus beneficiarios en caso de su muerte.

Seguro de Vida a Término

El beneficio se paga por empleador a un precio de \$25,000. Beneficia al 50% de los estudiantes a los 70 años. Si se incapacita antes de los 60 años, la cobertura continuará mientras dure la discapacidad, pero no más allá de los 65 años o la fecha de jubilación, lo que ocurra primero. Si está discapacitado después de los 60 años, pero antes de los 65 años, la cobertura puede continuar hasta por un año, pero no más allá de los 65 años o la fecha de jubilación, lo que ocurra primero.

Muerte accidental y desmembramiento

Se pagará a su beneficiario un monto adicional igual al monto del Seguro de Vida si el fallecimiento se debe a un accidente. Se pagan beneficios menores por discapacidades específicas resultantes de un accidente. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Beneficio Acelerado por Fallecimiento

Si tiene una condición médica calificada que cumple con ciertos requisitos específicos, tiene derecho a recibir un porcentaje del beneficio de vida.

Opción de comprar Vida por Dependiente/Cónyuge adicional

Cónyuge: \$4,000

Hijo: \$2,000

Vida a Término Voluntario y AD&D

100% Empleado Pagado

El Seguro de Vida Voluntario ofrece a los empleados la oportunidad de personalizar sus necesidades individuales de seguro de vida.

Empleado

- La cobertura está disponible en incrementos de \$10,000
- Cobertura mínima: \$10,000
- Cobertura máxima: \$150,000
- Emisión de garantía: \$150,000
- Los beneficios educan al 50% a los 70 años

Esposo

- La cobertura para dependientes solo está disponible si el empleado está asegurado para la cobertura voluntaria.
- La cobertura está disponible en incrementos de \$5,000 (redondeados al siguiente \$5,000 más alto); sin exceder el 50% del beneficio elegido por el empleado.
- Cobertura mínima: \$5,000
- Cobertura máxima: \$75,000
- Emisión de garantía: \$75,000

Niño

- La cobertura para dependientes solo está disponible si el empleado está asegurado para la cobertura voluntaria.
- Proporciona cobertura para todos los hijos dependientes hasta los 26 años de edad en las siguientes cantidades: \$5,000 o \$10,000 (sin exceder el 100% del monto del empleado).

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.

DISCAPACIDAD

Grupo #948064

Corto Plazo (STD)

100% pagado por el empleador

Qué, por qué y cuándo	Brinda protección de ingresos en caso de que quede total o parcialmente discapacitado, según lo indicado por su médico tratante.
Período de espera	7 días
Máximo beneficio	\$500 por semana
Máxima Duración de Beneficios	12 semanas
Licencia de maternidad	Cubre la licencia de maternidad. Por lo general, la prestación para un parto normal es de 6 semanas y de 8 semanas para una cesárea.

Largo Plazo (LTD)

50% Pagado por el empleado/50% Pagado por el empleador

Qué, por qué y cuándo	Brinda protección de ingresos en caso de que quede total o parcialmente discapacitado, según lo indique el médico tratante.
Período de espera	12 semanas de discapacidad causada por lesión accidental o enfermedad
Beneficio Mensual	50% de los ingresos mensuales del asegurado
Máximo beneficio	\$3,000 por mes
Máxima Duración de Beneficios	Hasta los 67 años, no menos de 48 meses

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.



ACCIDENTE VOLUNTARIO

Grupo #948064

El seguro de salud cubre los gastos médicos, pero no suele cubrir los costos indirectos que pueden surgir con una lesión grave o incluso no tan grave. Es posible que termine pagando de su propio bolsillo gastos inesperados como transporte, medicamentos de venta libre, cuidado de niños y ayuda adicional en la casa. Con el seguro de accidentes, los beneficios que recibes pueden ayudarte a cubrir estos gastos adicionales.

Aspectos destacados de la cobertura

- **Plan Bajo vs Plan Alto** (ver resumen de beneficios en <https://archkckbenefits.com/for detalles>)
- Cobertura de emisión garantizada
- Cubre accidentes laborales
- La cobertura es transferible al mismo nivel de beneficio y monto de prima, siempre y cuando las primas se paguen a Sun Life Benefits.
- Paga un beneficio por hospitalización, tratamiento de emergencia, cuidados intensivos, fracturas y más.
- Las lesiones tratadas dentro de los 90 días (180 días para AD&D) a partir de la fecha de un accidente se pagarán según el programa de beneficios en la póliza.
- El beneficio se puede usar para ayudar a pagar los costos médicos de bolsillo o los gastos diarios.

Plan Bajo: prima por período de pago

Empleado	7,72 \$
Empleado + Cónyuge	12,56 \$
Empleado + Hijos	\$14.30
Familia	19,14 \$

Plan High - Prima por período de pago

Empleado	\$11.00
Empleado + Cónyuge	\$18.72
Empleado + Hijos	\$21.60
Familia	29,32 \$

ENFERMEDAD CRÍTICA VOLUNTARIA

Ayuda a protegerlo en caso de que le diagnostiquen una enfermedad crítica. Proporciona un beneficio de suma global para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo. Algunos ejemplos de una enfermedad crítica pueden incluir:

- Ataque al corazón
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Trasplante de órganos mayores

Descripción del beneficio:

- Cobertura disponible en incrementos de \$10,000 de \$10,000 a \$40,000
- Cobertura de emisión de garantía
- Cobertura para cónyuges disponible en incrementos de \$10,000 de \$10,000 a \$40,000 (sin exceder el 100% de la cobertura del empleado)
- Cobertura para niños disponible en incrementos de \$5,000 de \$5,000 a \$20,000 (sin exceder el 50% de la cobertura del empleado)
- Beneficios pagados directamente a usted, a menos que se asignen a otra persona.
- La cobertura complementa los beneficios médicos existentes y puede ayudar a superar los costos de los gastos de bolsillo.
- Continuación de la cobertura más allá del empleo con pagos continuos de primas.

Las tarifas están disponibles en el portal de beneficios empresariales de Paylocity

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.

Grupo #948064

Cubre los gastos de bolsillo que no cubre su plan médico mientras está internado en un hospital. Tiene la opción de adquirir un seguro de indemnización hospitalaria para ayudar con costos inesperados, como cuidado infantil, deducibles y pérdida de ingresos.

	Beneficios
Primer día en el hospital (cama regular)	\$1,000
Internamiento hospitalario (p a 30 días)	\$100/día
Confinamiento en UCI (p a 10 días)	\$100/día
Hospitalización prolongada	\$100/día

Tarifas por período de pago	
Empleado	\$8.90
Empleado + Cónyuge	\$18.82
Empleado + Hijos	15,28 \$
Familia	\$25.20

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.



Grupo #948064

Los problemas personales, la planificación de los acontecimientos de la vida o simplemente la gestión de la vida diaria pueden afectar a su trabajo, su salud y su familia, GuidanceResources proporciona apoyo, recursos e información para cuestiones personales y de la vida laboral.

Sun Life ofrece servicios para ayudar en una amplia gama de asuntos relacionados con el trabajo y la vida.

- Familia y cuidado: Cuidado de niños y/o familiares ancianos
- Lugar de trabajo: Manejo del estrés y los problemas profesionales
- Bienestar emocional: Lidar con el dolor y la pérdida, o el abuso de sustancias
- Salud física y bienestar: Manejo de los desafíos de salud de adultos o niños
- Vida diaria: Gestión de finanzas personales o asuntos legales

Beneficios del programa:

- Asesoramiento Confidencial
- Recursos de Información Financiera
- Apoyo y recursos legales
- Soluciones para la vida laboral y personal
- Orientación Recursos en línea
- Preparación de testamento en línea gratuita
- Ayuda para los nuevos padres

La única fuente de soporte confidencial, información experta y recursos valiosos, cuando más lo necesita, las 24 horas del día. Llame al: 877.595.5281 TDD: 1-800-697-0353 En línea: guidanceresources.com ID web: EAPBusiness

CUÁNDO USAR EL EAP



**ESTRÉS, DUELO
O PÉRDIDA**



**DESAFÍOS DE
LA RELACIÓN
Y LA FAMILIA**



**DESAFÍOS
LEGALES O
FINANCIEROS**



**DEPENDENCIA O
ADICCIÓN A
SUSTANCIAS**

Este es solo un breve resumen. Se aplican ciertas restricciones y exclusiones. Para conocer los términos y condiciones exactos, consulte la descripción resumida de su plan en archkckbenefits.com.

AVISOS

Aviso de Derechos Especiales de Inscripción

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Ley de Derechos de la Mujer a la Salud y el Cáncer

¿Sabe que su plan, según lo exige la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios o servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema? Vaya a archkckbenefits.com para obtener más información.

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía superior a 48 horas (o 96 horas).

Privacidad de HIP

Su empleador está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad e informarle sobre los usos de su información médica protegida (PHI). El uso y la divulgación de la PHI están regulados por la ley federal conocida como HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). Una descripción más completa de sus derechos y protecciones de privacidad está disponible para usted si lo solicita. Póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o para solicitar una copia del aviso de privacidad completo de HIPAA.

AVISOS

Asistencia para el pago de las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de la prima.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para encontrar o cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

KANSAS - Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

HIPP Teléfono:

1-800-967-4660

MISSOURI - Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.html>

Teléfono: 573-751-2005

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de las primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Beneficios para empleados Securit

Administración

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, ext 61565

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama "facturación de saldo". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo atiende inesperadamente.

Está protegido contra la facturación de saldos para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

AVISOS

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa cont.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - o Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - o Cubrir servicios de emergencia por parte de proveedores fuera de la red.
 - o Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios
 - o Cuenten cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con la entidad responsable de hacer cumplir las leyes federales y/o estatales de protección de saldo o facturación sorpresa. Visite <https://www.commonwealthfund.org/publications/maps-and-interactives/2022/feb/map-no-surprises-act#map> para obtener información y ver el Mapa de la Ley Sin Sorpresas.

Para obtener más información sobre el impacto de la Ley Sin Sorpresas en los consumidores, incluyendo cómo presentar quejas, consulte la página de preguntas frecuentes para el consumidor de los Centros de Medicaid y Servicios de Medicaid sobre la [Ley Sin Sorpresas](#).

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/policies-and-resources/overview-of-rules-fact-sheets> para obtener más información. Información sobre sus derechos conforme a la ley federal.

Visite <https://www.ncsl.org/health/surprise-and-balance-billing-state-policy-options> para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley estatal.

El contenido de este documento no tiene fuerza ni efecto de ley y no está destinado a vincular al público de ninguna manera, a menos que se incorpore específicamente a un contrato. Este documento tiene como único objetivo proporcionar claridad al público con respecto a los requisitos existentes en virtud de la ley.

CONTACTOS

La Arquidiócesis de Kansas City en Kansas, en asociación con los siguientes proveedores, se esfuerza por satisfacer sus necesidades de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, visite: www.archkckbenefits.com

o póngase en contacto con el proveedor correspondiente que se indica a continuación. Si aún tiene preguntas, comuníquese con su administrador de beneficios en el lugar.



Beneficio	Nombre del proveedor	Servicio al cliente
Administrador del plan	Soluciones de Edison Health	888-473-3476
Red	Red PPO de Cigna	Cigna.com
Beneficios de medicamentos recetados	OptumRx	855-524-0381 OptumRx.com
Atención Primaria Directa	Nextera Cuidado de la Salud	303-501-2600 care@nexterahealthcare.com
Navegación de enfermería	Enfermeras de conserjería Navegadores	913-600-7150
Telemedicina	MyCatholicDoctor	888-822-8436 https://mycatholicdoctor.com/archkck
Dental Plan	Delta Dental de Kansas	800-234-3375 / 316-264-4511 deltadentalks.com
Plan de visión	VSP	800-877-7195 vsp.com
Vida y AD&D	Sun Life Financial	877-431-7379 usebglifeclaimsinbox@sunlife.com
Discapacidad ETS/LTD	Sun Life Financial	877-932-7287
Seguro Voluntario de Vida y AD&D, Accidentes y Enfermedades Críticas	Sun Life Financial	888-551-2084
Indemnización Hospitalaria Voluntaria	Sun Life Financial	866-376-9480
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Paylocity	800-520-2687 batinfo@paylocity.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Sun Life Financial	877-595-5281 guidanceresources.com



THE ARCHDIOCESE OF KANSAS CITY IN KANSAS

Para ver los documentos del plan y ver sus beneficios en línea, visite archkckbenefits.com

