GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2027



THE ARCHDIOCESE OF KANSAS CITY IN KANSAS

ÍNDICE

Bienvenida	3
Su plan de salud es autofinanciado	4
Opciones de atención médica	5
Eventos de vida que califican	6
Matriz de cambios por eventos de vida que califican	7
Cuadro de beneficios	8
Primas del seguro médico	9
Servicios médicos: red Centrus	10
Centrus: cómo encontrar un proveedor	11
Cigna: cómo encontrar un proveedor	12
Servicios médicos	13
Portal del empleado	14-16
Telemedicina	17
Medicamentos recetados	18-19
Enfermeras asesoras de atención médica	20
Suministros médicos	21
Salud conductual	22
Atención primaria directa	23-24
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	25-27
Cómo presentar una reclamación fuera de la red	28-30
Dental	31
Visión	32
Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento	33
Seguro de vida de emisión garantizada	34
Incapacidad	35
Accidentes voluntario / Enfermedades graves voluntario	36
Indemnización hospitalaria voluntaria	37
Programa de asistencia al empleado	38
Asistencia en viajes	39
Programa Samaritan Fund	40
Medicare	41
Avisos	42-45
Contactos	46

BIENVENIDA

Esta guía tiene como objetivo proporcionar un resumen general de su plan de beneficios.

Elegibilidad	Empleados de tiempo completo que trabajan un promedio de 30 horas semanales, cónyuge legal elegible del sexo opuesto e hijos dependientes (hasta el final del año calendario en el que cumplen 26 años).
Año del plan	Año calendario, del 1 de enero al 31 de diciembre
Empleados nuevos	Los empleados nuevos deben inscribirse o rechazar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a su contratación. La cobertura comienza el primer día del mes después de completar 30 días de empleo.
Inscripción abierta	Cada año hay un período de inscripción abierta de dos semanas que comienza aproximadamente el 1 de noviembre. Las elecciones realizadas durante este período entrarán en vigor el 1 de enero y permanecerán vigentes hasta el 31 de diciembre. Todos los empleados deben ingresar a Paylocity y seleccionar o rechazar los beneficios antes de la fecha límite. Recuerde hacer clic en ENVIAR cuando termine.
Eventos de vida que califican	Un evento de vida que califica (QLE) permite ciertos cambios de beneficios fuera del período de inscripción abierta. Consulte las páginas 6 y 7 para obtener más información.
Persona de contacto	Si tiene preguntas sobre el plan de beneficios, comuníquese con el administrador de beneficios de su lugar de trabajo.



SU PLAN DE SALUD ES AUTOFINANCIADO

La Arquidiócesis paga directamente las reclamaciones médicas de sus afiliados, en lugar de adquirir una póliza médica totalmente asegurada. Esto significa que cada decisión responsable sobre la atención médica ayuda a proteger tanto el presupuesto de su hogar como el valor del plan a largo plazo.

UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

El objetivo no es evitar la atención médica, sino recibir la atención adecuada, en el lugar adecuado y en el momento adecuado. La atención preventiva, las decisiones informadas y los recursos de orientación de la Arquidiócesis pueden mejorar los resultados y ayudar a controlar los costos innecesarios.

CÓMO UTILIZAR RESPONSABLEMENTE EL PLAN

1. Manténgase al día con la atención preventiva y hable con su proveedor sobre hábitos saludables.
2. Para necesidades que no sean emergencias, comience con atención primaria, atención primaria directa o MyCatholicDoctor.
3. Utilice proveedores e instalaciones dentro de la red siempre que sea posible.
4. Llame a una enfermera asesora de Concierge antes de programar estudios por imágenes, cirugías u otra atención planificada que reúna los requisitos.
5. Tome los medicamentos según las indicaciones y compare las opciones de farmacias cubiertas cuando pueda existir una alternativa más económica.
6. Elija un centro de atención de urgencias en lugar de la sala de emergencias cuando la situación no ponga en peligro la vida.
7. Haga preguntas cuando no comprenda un diagnóstico, tratamiento, factura o beneficio.
8. Revise su Explicación de Beneficios e informe cualquier dato que parezca incorrecto.

CUANDO NECESITE AYUDA

Las enfermeras asesoras de Concierge pueden explicar los recursos disponibles, dónde recibir atención y los posibles ahorros de gastos de bolsillo al seguir sus recomendaciones. Para preguntas sobre reclamaciones, elegibilidad y cobertura, comuníquese con Sage TPA. Consultar antes de programar la atención puede ayudarle a aprovechar al máximo sus beneficios.

OPCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Comprender sus opciones puede ahorrarle tiempo y dinero. Si una enfermedad o lesión pone en peligro la vida, o si no está seguro de que sea una emergencia, llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Para necesidades que no pongan en peligro la vida, utilice el siguiente cuadro para elegir la atención más adecuada.

LLAME AL 9-1-1 SI PRESENTA DOLOR DE PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONVULSIONES, SEÑALES DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, LESIONES GRAVES O PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO.

OPCIÓN DE ATENCIÓN	MOTIVOS FRECUENTES	SIGUIENTE PASO
SALA DE EMERGENCIAS Para afecciones graves o potencialmente mortales	Dolor de pecho; síntomas de accidente cerebrovascular; convulsiones; sangrado intenso; quemaduras graves; lesiones graves de cabeza; fracturas importantes o visiblemente desplazadas.	**Llame al 9-1-1 cuando corresponda. Se aplican los costos compartidos de emergencias; consulte los beneficios médicos de 2027.**
ATENCIÓN PRIMARIA / DPC Mejor punto de partida para atención rutinaria y continua	Exámenes de bienestar; pruebas preventivas; seguimiento de medicamentos; enfermedades crónicas; enfermedades leves; erupciones, distensiones o infecciones no urgentes.	**Utilice su proveedor habitual o atención primaria directa cuando esté disponible.**
ATENCIÓN VIRTUAL Atención conveniente desde casa o durante viajes	Resfriado, tos, alergias, gripe, dolor de garganta, problemas de senos paranasales, dolores de cabeza, problemas leves de la piel, estrés y otras necesidades no urgentes.	**Utilice MyCatholicDoctor para atención urgente las 24 horas o consultas programadas.**
ATENCIÓN DE URGENCIAS= Atención presencial rápida, incluidas= clínicas minoristas	Esguinces y distensiones; quemaduras o cortes leves; picaduras de insectos; conjuntivitis; síntomas de infección estreptocócica o gripe; fracturas leves; vacunas.	**Si está inscrito en DPC, comuníquese primero con su proveedor de DPC, salvo que la situación no pueda esperar. Confirme que el proveedor esté dentro de la red.**

¿PLANEA ESTUDIOS POR IMÁGENES, CIRUGÍA U OTRA ATENCIÓN PROGRAMADA?

Llame a una enfermera asesora de Concierge antes de programar la atención. Puede ayudarle a identificar opciones de alta calidad y explicar cuándo pueden aplicarse beneficios especiales del plan.

*Los costos varían según el plan y el lugar de atención. Consulte los beneficios del plan médico de 2027.

EVENTOS DE VIDA QUE CALIFICAN (QLE)

Los eventos de vida que califican deben tramitarse DENTRO DE LOS 30 DÍAS posteriores a la fecha del evento.

Existen 4 tipos básicos de eventos de vida que califican. (Los siguientes son ejemplos, no una lista completa).

Pérdida de cobertura médica	• Pérdida de cobertura existente, incluidos planes del empleador, individuales y estudiantiles • Pérdida de elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP
Cambios en el hogar	• Matrimonio o divorcio • Nacimiento o adopción de un hijo • Fallecimiento de un familiar
Cambios de residencia	• Mudanza a otro código postal o condado • Estudiante que se muda hacia o desde su lugar de estudios • Trabajador temporal que se muda hacia o desde el lugar donde vive y trabaja • Mudanza hacia o desde un refugio u otra vivienda transitoria
Otros eventos que califican	• Cambios de ingresos que afectan la cobertura para la que califica • Adquisición de membresía en una tribu reconocida federalmente o condición de=accionista de una corporación conforme a la Ley de Resolución de= Reclamaciones de los Nativos de Alaska (ANCSA) • Obtención de la ciudadanía estadounidense • Salida de prisión o cárcel • Miembros de AmeriCorps que inician o terminan su servicio

*Para obtener más información sobre los eventos de vida que califican, consulte la página 7

Los eventos de vida que califican los inicia el empleado. Usted debe iniciar el trámite.

Pasos para el empleado:

1. Inicie sesión en Paylocity en https://access.paylocity.com/
2. Vaya a BSwift Benefits y ábralo.
3. Seleccione el evento de vida correspondiente.
4. Adjunte toda la documentación de respaldo requerida para su QLE. La solicitud no podrá revisarse hasta recibir todos los documentos; la falta de documentos retrasará el trámite.
5. Revise su solicitud y los documentos y seleccione Submit (Enviar).

Después del envío, Recursos Humanos de Arch KCK revisará la solicitud completa y los documentos de respaldo para aprobarla o denegarla.

EVENTOS DE VIDA QUE CALIFICAN (QLE)

Utilice esta guía rápida para determinar qué cambios de beneficios están permitidos después de un evento que califica

Reglas generales (aplican a TODOS los QLE)

☑ Acciones permitidas
- Actualizar el nivel de cobertura (p. ej., de empleado → familia) cuando corresponda
- Inscribirse o cancelar la inscripción en los beneficios disponibles
- Agregar o eliminar dependientes elegibles

🚫 Acciones no permitidas
- Cambiar de plan médico o de red (p. ej., de Cigna a Centrus)
- Inscribir a personas no elegibles según el plan de beneficios de la Arquidiócesis

QLE	✓ Permitido	🚫 Prohibido
Matrimonio del empleado	El empleado cancela su cobertura. Agregar cónyuge/dependientes elegibles.	Agregar una persona no elegible. Cancelar la= cobertura salvo para unirse al plan del cónyug e.=Eliminar dependientes no relacionados.
Divorcio/separación legal del empleado	Eliminar al excónyuge. Inscribir a quien pierda otra cobertura.	Mantener al excónyuge como dependient e=activo; eliminar hijos salvo que también= pierdan la elegibilidad
Nacimiento/ adopción/ colocación	Agregar al empleado, cónyuge o hijo	Eliminar dependientes cubiertos no relacionados con el evento. Agregar dependientes no elegibles
Fallecimiento de cónyuge/dependiente	Eliminar al dependiente fallecido. Inscribir dependientes elegibles que pierdan otra cobertura.	Agregar/eliminar o hacer cambios no relacionados en beneficios o planes
Empleado/ cónyuge/ dependiente adquiere/pierde otra cobertura	Agregar/eliminar al empleado o a ese dependiente; inscribirse o renunciar a la cobertura	Agregar/ eliminar cobertura de familiares no= afectados. Usar la cancelación voluntaria o=la falta de pago como QLE
Orden judicial/QMCSO	Agregar/eliminar al hijo/dependiente según lo exigido	Cancelar la cobertura ordenada= judicialmente mientras la orden esté vige nte
Cambio de elegibilidad par a=Medicare/ Medicaid/CHIP	Agregar/eliminar a la persona afectada conforme a la adquisición o pérdida de elegibilidad.	Agregar/eliminar cobertura de dependientes no afectados
Situación laboral/horas/licencia	Agregar/eliminar a la persona afectada cuando cambie su elegibilidad. Inscribirse o renunciar cuando se permita	Hacer cambios cuando la situación labor al=no afecte la elegibilidad ni la cobertura
Cambio de residencia	Cambiar de plan de beneficios de ArchKCK si la mudanza afecta el acceso al área de servicio del plan actual	Cambiar de plan cuando la mudanza no afecte el acceso a la red ni la cobertura disponible

SERVICIOS MÉDICOS

CATEGORÍA DE BENEFICIO	PLAN CENTRUS	PLAN CIGNA	OPCIONES SIN COSTO
	RED PPO REGIONAL	RED PPO NACIONAL	Atención primaria directa + enfermeras asesoras
Deducible dentro de la red (individual/familia)	$1,750 | $3,500	$3,500 | $7,000	Sin costo con orientación de enfermería
Deducible fuera de la red (individual/familia)	$3,000 | $6,000	$7,000 | $14,000	
Máx. de gastos de bolsillo dentro de la red (individual/familia)	$6,500 | $13,000	$6,500 | $13,000	Sin costo con orientación de enfermería
Máx. de gastos de bolsillo fuera de la red (individual/familia)	$13,000 | $26,000	$13,000 | $26,000	
Coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	Sin costo con orientación de enfermería
Atención preventiva rutinaria	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin costo con atención primaria directa
Consulta médica	Copago de $40	Copago de $40	Sin costo con atención primaria directa
Consulta con especialista	Copago de $50	Copago de $50	Sin costo con atención primaria directa
Atención de urgencia	Copago de $125	Copago de $125	Sin costo con atención primaria directa
Sala de emergencias	Copago de $450 + deducible + coseguro (se exime el copago si hay hospitalización)	Copago de $550 + deducible + coseguro (se exime el copago si hay hospitalización)	No aplica
Hospitalización	Deducible + coseguro	Deducible + coseguro	Sin costo con orientación de enfermería
Servicios/procedimientos ambulatorios	Deducible + coseguro	Deducible + coseguro	Sin costo con orientación de enfermería
Imágenes avanzadas (RM, TC, PET)	Deducible + coseguro	Deducible + coseguro	Sin costo en centros independientes de imágenes
Laboratorio	Copago de $25 en LabCorp o Quest. Deducible + coseguro en otros centros	Copago de $25 en LabCorp o Quest. Deducible + coseguro en otros centros	No aplica
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla ambulatorias	Copago de $25 (30 visitas por año por servicio)	Copago de $25 (30 visitas por año por servicio)	No aplica
Consultas de salud mental y conductual	Copago de $25	Copago de $25	Sin costo con MyCatholicDoctor y Rovi Health
Maternidad: trabajo de parto y parto	Deducible + coseguro	Deducible + coseguro	Solo paga el deducible con orientación de enfermería ***debe comunicarse dentro de las primeras 12 semanas de embarazo***
Atención quiropráctica	Copago de $25 (20 visitas por año)	Copago de $25 (20 visitas por año)	No aplica

SERVICIOS MÉDICOS

PLAN	NIVEL	APORTE DEL EMPLEADO	APORTE DEL EMPLEADOR
CENTRUS Por período de pago	Solo empleado	$111	$258
	Empleado + cónyuge	$344	$803
	Empleado + hijo(s)	$290	$677
	Empleado + familia	$378	$881

PLAN	NIVEL	APORTE DEL EMPLEADO	APORTE DEL EMPLEADOR
CIGNA Por período de pago	Solo empleado	$63	$250
	Empleado + cónyuge	$292	$680
	Empleado + hijo(s)	$247	$575
	Empleado + familia	$322	$751



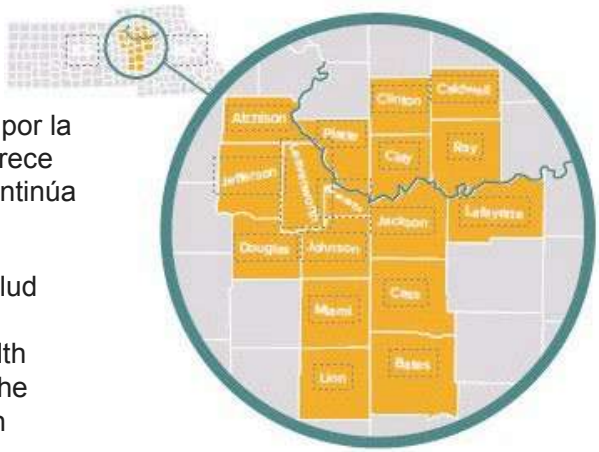
SERVICIOS MÉDICOS

Número de grupo:

Centrus Health Direct

Una red de alto rendimiento que impulsa el ahorro y la calidad

Acceso a una red de proveedores de alta calidad



La red Centrus está diseñada para ayudarle a pagar menos por la atención médica sin renunciar a servicios de alta calidad. Ofrece acceso a proveedores destacados de Kansas y Misuri, ¡y continúa ampliándose!

La solidez de la red Centrus se refleja en los sistemas de salud que participan. Los afiliados pueden acudir a proveedores confiables como NKC Health, The University of Kansas Health System y AdventHealth. Además, tanto NKC Health como The University of Kansas Health System eligieron Centrus Health Direct como la red para los planes médicos de sus propios empleados.

Eficiencia de costos

Centrus colabora con hospitales y proveedores seleccionados que se enfocan en atención de alta calidad. Esto ayuda a los empleadores a controlar los costos sin sacrificar el acceso ni la calidad.

Atención de calidad

Centrus prioriza la calidad mediante alianzas con proveedores de primer nivel, incluidos sistemas de salud reconocidos por sus calificaciones de calidad hospitalaria.

Soluciones locales

Los sistemas de salud de Kansas City crearon Centrus para atender a la comunidad local mediante una red diseñada específicamente para la región.

Algunos proveedores de la red:

NKC Health · The University of Kansas Health System · LMH Health · AdventHealth · Amberwell · Children's Mercy Kansas City · MOSAIC Life Care · Olathe Health · Children's Mercy Health Network · Select Specialty Hospital · Comprehensive Foot and Ankle Centers · MAWD Pathology Group · UIC United Imaging Consultants · Briarcliff Surgery Center · KC Physician Partners · Midwest Anesthesia Associates · Orthopedic Health of Kansas City · Sunflower Medical Group · Quest Diagnostics · Encompass Medical Group · Digestive Health Specialists · KCUC Urology & Oncology · labcorp · Discover Vision Centers · Lawrence Surgery Center

centrushealthdirect.com

SERVICIOS MÉDICOS

Número de grupo:

Herramienta de búsqueda de proveedores de Centrus Health Direct

Acceda a la herramienta de búsqueda de proveedores en tres pasos

1. Visite centrushealthdirect.com

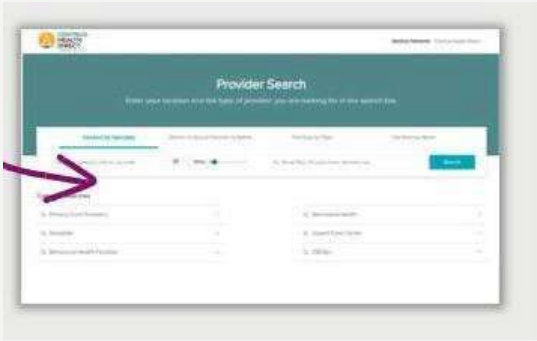
Seleccione Find A Provider (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha de la página de inicio.



2. Elija cómo desea buscar

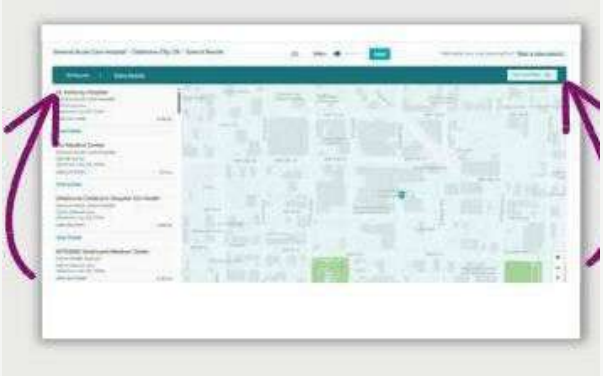
- Médico por especialidad
- Médico o grupo médico por nombre
- Tipo de centro
- Nombre del centro

Ingrese su dirección, ciudad o código postal y el radio en millas. Ingrese sus criterios de búsqueda y seleccione Search (Buscar).



3. Revise los resultados de búsqueda

- Use el selector sobre la lista para ver profesionales o grupos médicos.
- Use Sort y Filter (Ordenar y filtrar) para ajustar los resultados generales y específicos.
- Seleccione View Details (Ver detalles) para obtener más información sobre un profesional o grupo médico.



SERVICIOS MÉDICOS

Número de grupo: KCKHP

Cómo encontrar un proveedor de atención médica

Cigna Healthcare ofrece una red PPO nacional con más de 1.5 millones de proveedores y más de 6,400 centros.

Tres maneras de encontrar un proveedor de la red:

- Si está inscrito, visite myCigna.com e inicie sesión con su usuario y contraseña.
- Visite Cigna.com y seleccione Find a Doctor, Dentist or Facility (Buscar médico, dentista o centro). Seleccione PPO.
- Llame a Sage o a CNN durante el horario de atención.

Funciones de myCigna.com:

- Filtre los resultados por distancia, especialidad y más.
- Envíe por correo una copia de sus resultados.
- Encuentre médicos de 21 especialidades que cumplen criterios de calidad y eficiencia de costos y obtuvieron la designación Cigna Care.
- Estime el costo de procedimientos con datos históricos de Cigna Healthcare.

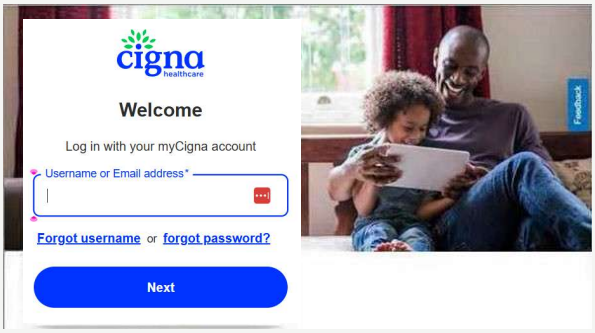
Atención dentro y fuera de la red

Su elección de proveedores puede afectar lo que paga de su bolsillo. La red incluye:

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

Opción 1

Inicie sesión en myCigna.com



Para buscar sin iniciar sesión

1. Visite Cigna.com y seleccione Find a Doctor, Dentist or Facility.
2. Elija Employer or School (Empleador o escuela).
3. Ingrese su ubicación y seleccione el tipo de búsqueda.
4. Inicie sesión, regístrese o continúe como invitado.
5. Complete el campo I Live in (Vivo en) y seleccione Continue.
6. Seleccione la opción PPO que aparece en pantalla.

Opción 2

Llame a Sage o CNN durante el horario laboral.

Sage: 855-929-5956
CNN: 913-600-7150 o 913-600-7130

Ofrecido por Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

Planificación familiar natural: para afiliados cubiertos por el plan médico

Este beneficio incluye visitas educativas y de asesoramiento (presenciales o virtuales) para aprender planificación familiar natural, consultas y materiales de prueba, sin costo para usted a través de MyCatholicDoctor.com.

Los costos adicionales médicamente necesarios (como laboratorios, ecografías, cirugía, etc.) indicados por un profesional de MyCatholicDoctor.com también estarán disponibles sin costo, siempre que la atención se coordine a través de su enfermera asesora.

La Arquidiócesis cubrirá el 100% de los costos hasta un máximo de $400 por año calendario para el empleado asegurado o su cónyuge. El beneficio tiene un límite total de $400 por familia. Envíe copias de los recibos a la oficina de Recursos Humanos de la Arquidiócesis antes del 31 de enero del año siguiente.

Nota: algunos artículos, como el Oura Ring, o productos opcionales, como una aplicación de registro, no son reembolsables.

Gianna Family Care

Servicios de atención primaria directa solo para adultos: cubiertos SIN COSTO para los afiliados= mediante la asociación con KerixHealth.

Servicios de fertilidad y hormonales: $60 al mes cubiertos mediante la asociación con= KerixHealth. $80 al mes facturados al paciente y reembolsables al nivel de beneficios fuera de la red= mediante una reclamación a Sage (máximo de 12 meses).

Atención prenatal/obstétrica: $60 al mes cubiertos mediante la asociación con KerixHealth. $80 al mes= facturados al paciente y reembolsables al nivel de beneficios fuera de la red mediante una reclamación a Sage.

Servicios adicionales (hospitalización del recién nacido, honorarios de parto, circuncisión): facturados= al paciente y reembolsables al nivel de beneficios fuera de la red mediante una reclamación a Sage.

Los reembolsos se presentarán como reclamaciones fuera de la red y se procesarán igual que= el resto de su beneficio fuera de la red. Una vez cumplido el deducible fuera de la red, se le= reembolsará el 60% en los planes Centrus y Cigna.

Plazo de presentación: la TPA debe recibir las solicitudes de reembolso completas dentro de los 365 días= posteriores al último día del mes al que corresponde la cuota mensual. Las solicitudes recibidas después de 365= días serán rechazadas. Las instrucciones de reembolso se encuentran en la página 21 de esta guía de beneficios.

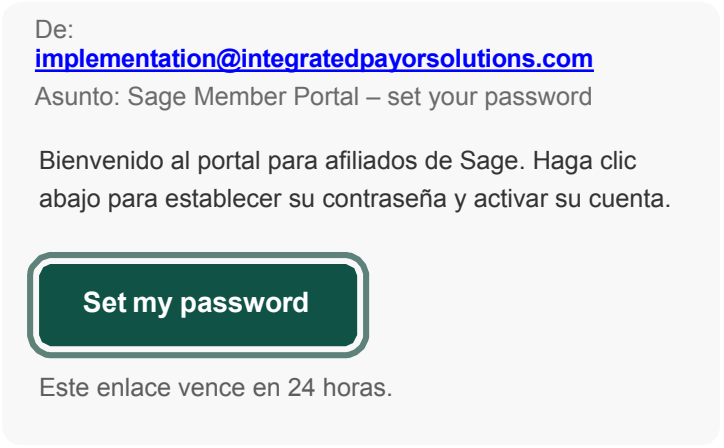
GUÍA DEL PORTAL PARA AFILIADOS:
Cómo acceder a su portal de Sage

Establezca su contraseña, identifique su nombre de usuario e inicie sesión. Dirección del portal: sagetpa.my.site.com/members

1 Establezca su contraseña

Recibirá un correo electrónico con un enlace para establecer su contraseña.

- Proviene de **implementation@integratedpayorsolutions.com.** Revise las carpetas de correo no deseado y spam.
- **El enlace vence después de 24 horas.** Establezca su contraseña tan pronto como lo reciba.
- Se envía a la dirección de correo electrónico que ingresó en Paylocity.



2 Identifique su nombre de usuario

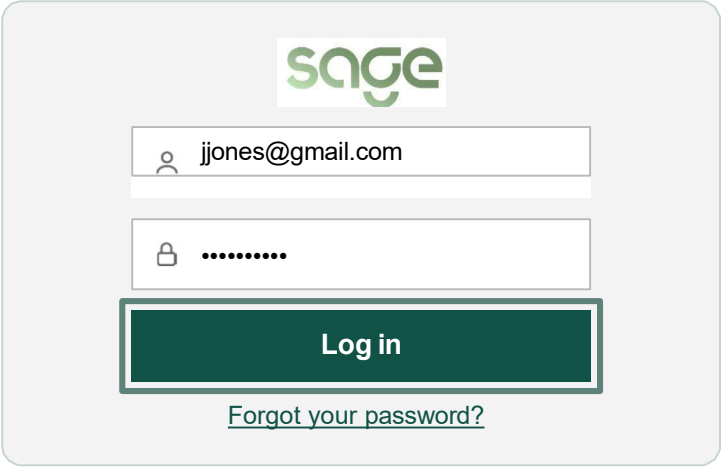
El nombre de usuario del empleado es la **dirección de correo electrónico registrada.** El nombre de usuario de cada familiar es esa misma dirección **seguida de los últimos dos dígitos de su identificación de afiliado.**

EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO 1	HIJO 2
Correo registrado	ID termina en 02	ID termina en 03	ID termina en 04
jjones@gmail.com	**jjones@gmail.com02**	**jjones@gmail.com03**	**jjones@gmail.com04**

Cada inicio de sesión muestra únicamente las reclamaciones de esa persona, conforme a las normas de privacidad de HIPAA. Consulte la página 2 para obtener detalles.

3 Inicie sesión

- Ingrese el nombre de usuario del paso 2.
- Escriba la contraseña que estableció y haga clic en **Log in.**
- ¿Olvidó su contraseña o venció el enlace? Escriba a **archkckbenefits@sagetpa.com** y le enviaremos un enlace nuevo.



Las pantallas que se muestran son ejemplos

¿Tiene preguntas o necesita restablecer su contraseña?
Escriba a archkckbenefits@sagetpa.com

GUÍA DEL PORTAL PARA AFILIADOS:
Navegación: use el menú de la parte superior

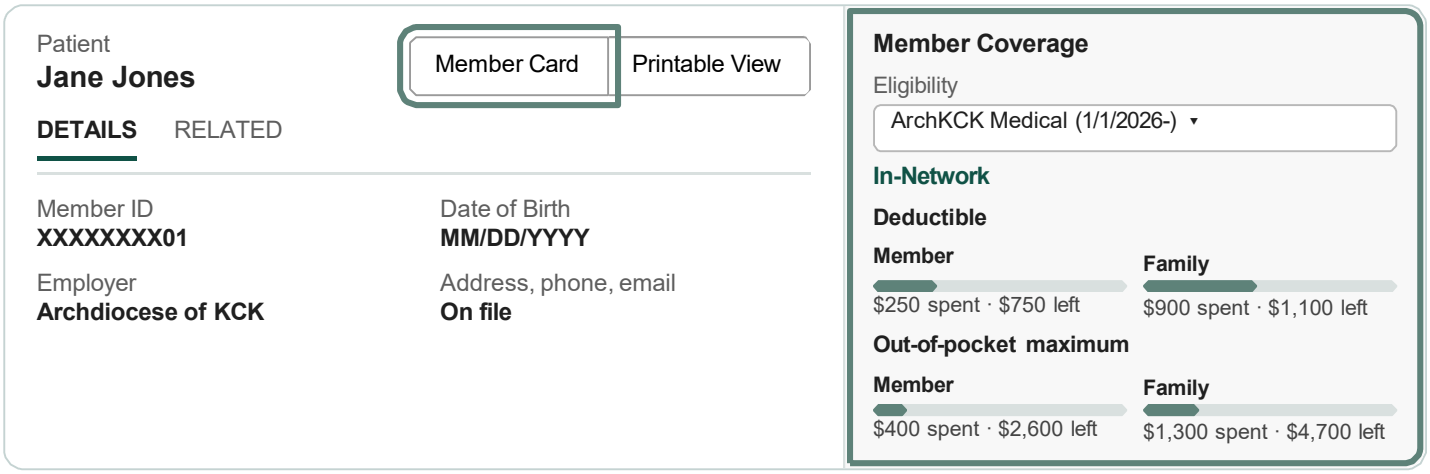


Members
Su tarjeta de ID y beneficios utilizados

Hospital Claims
Reclamaciones de hospitales y centros

More
Reclamaciones de médicos, consultorios y laboratorios

Su página de afiliado



Obtenga su tarjeta de identificación

1. Haga clic en **Members** en el menú superior.
2. Haga clic en **su nombre** en la columna Patient Name.
3. Haga clic en **Member Card** y luego descárguela o imprímala.

Consulte su deducible y gastos de bolsillo

1. Abra su página de afiliado (pasos 1 y 2 a la izquierda).
2. Consulte **Member Coverage** a la derecha.
3. Revise los totales de **Member** y **Family,** dentro y fuera de la red.

Su cuenta solo muestra sus propias reclamaciones

Cada persona del plan tiene sus propias credenciales. El empleado no puede ver las reclamaciones del cónyuge ni de los hijos, y el cónyuge o los hijos no pueden ver las del empleado. Para consultar las reclamaciones de un familiar, inicie sesión con el nombre de usuario de esa persona. **Los totales familiares del deducible y del máximo de gastos de bolsillo aparecen en todas las cuentas.**

¿Tiene preguntas o necesita restablecer su contraseña?
Escriba a archkckbenefits@sagetpa.com

GUÍA DEL PORTAL PARA AFILIADOS:

Consulta de reclamaciones y explicaciones de beneficios (EOB)

Su lista de reclamaciones

Professional Claims (CMS-1500)
All Processed Claims ▾

Printable View

Claim number	Status	Service date	Total charge	You owe	Plan paid
PC-000100001	Accepted (T)	1/13/2026	$310.00	$0.00	$135.00
PC-000100002	Accepted (T)	1/30/2026	$220.00	$35.00	$130.00
PC-000100003	Accepted (T)	2/12/2026	$150.00	$0.00	$123.00

- **Para acceder:** haga clic en **Hospital Claims** en el menú superior, o en **More** para reclamaciones de médicos, consultorios y laboratorios. Solo verá sus propias reclamaciones.
- **Printable View** imprime la lista completa.
- **Haga clic en el número de una reclamación** para abrir sus detalles.
- Consulte lo facturado, **lo que usted debe** y **lo que pagó el plan** por cada reclamación.

Consulte e imprima su explicación de beneficios (EOB)

Professional Claim (CMS-1500)
PC-000100001

Total Charge **$310.00** Status **Accepted (T)**

DETAILS RELATED **EOB**

Provider
Example Medical Group

EOB

Explanation Of Benefits

ESTO NO ES UNA FACTURA
Número de reclamación, fechas de servicio, proveedor y cómo se pagó la reclamación.

1. Abra **Hospital Claims,** o **More** para reclamaciones de médicos, consultorios y laboratorios.
2. Haga clic en el **número de reclamación** que desea.
3. Haga clic en la pestaña **EOB.**
4. Haga clic en el icono de **impresión** para imprimirla o en el icono de **descarga** para guardar un PDF.

Una EOB no es una factura

Muestra cómo se procesó su reclamación. Si debe algún importe, su proveedor le enviará la factura directamente. Compare la EOB con cualquier factura que reciba antes de pagar.

¿Preguntas sobre el portal o una reclamación, o necesita otro enlace para su contraseña? Las pantallas y los importes son ejemplos

Escriba a archkckbenefits@sagetpa.com

TELEMEDICINA

MyCatholicDoctor es una organización nacional que pone a su disposición, mediante consultas por video (telemedicina), una red de profesionales médicos comprometidos con la fe, SIN COSTO PARA USTED. Ofrecemos acceso rápido a atención de urgencia las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, así como consultas con cita previa. Las consultas programadas NO TIENEN COPAGO e incluyen atención primaria y especializada.

Podemos iniciar su atención médica virtualmente, solicitar los análisis de laboratorio o estudios por imágenes necesarios y enviar recetas a la farmacia de su preferencia. Practicamos medicina científica basada en la evidencia desde una perspectiva católica e integramos la espiritualidad católica en la atención cuando corresponde a la situación.

$0 para todos los afiliados

Para comenzar, escanee el código QR o visite
https://mycatholicdoctor.com/archkck/

No se requiere contraseña ni aplicación especial



¿Cuándo puedo utilizar MyCatholicDoctor?

- Necesita atención ahora
- Considera acudir a la sala de emergencias o a un centro de urgencias por un problema que no es una emergencia
- Está de viaje
- Necesita atención fuera del horario laboral

Citas por video o teléfono desde su teléfono inteligente. Consultas confidenciales disponibles por las noches, los fines de semana y los días festivos.

Servicios ofrecidos en Kansas y Misuri:

- Atención primaria virtual
- Atención pediátrica
- Salud de la mujer y fertilidad
- Salud del hombre
- Salud mental
- Medicina funcional
- Atención a personas mayores
- Atención para COVID
- Dermatología
- Tratamiento de adicciones
- Medicina del adolescente
- Deterioro cognitivo y demencia (solo KS)
- Endocrinología
- Asesoramiento genético
- Medicina del estilo de vida (solo KS)
- Asesoría de lactancia
- Apoyo ante abortos espontáneos y pérdida de bebés
- Planificación familiar natural
- Atención para SOP
- Cuidados paliativos y al final de la vida
- Gastroenterología pediátrica y del adolescente (solo KS)
- Fisioterapia, incluida la del suelo pélvico
- Podología (solo KS)
- Medicina del sueño
- Asesoramiento sobre vacunas y medicamentos
- Fisioterapia vestibular y del equilibrio
- Profesionales de bienestar
- Atención de heridas

En caso de emergencia, llame siempre al 9-1-1.

MEDICAMENTOS RECETADOS

OptumRx es el administrador de beneficios farmacéuticos de nuestro plan de medicamentos recetados. El plan incluye una lista de medicamentos preferidos porque ayudan a controlar el aumento de los costos de los fármacos. Esta lista, también llamada formulario, incluye una amplia selección de medicamentos genéricos y de marca. La información estará disponible después de que los beneficios entren en vigor el 1 de enero de 2027. Los afiliados deberán registrarse en OptumRx.com para consultar la lista de medicamentos del formulario.

Para recetas de corta duración (como antibióticos para tratar infecciones), conviene utilizar una farmacia minorista participante. Presente al farmacéutico su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados de OptumRx y pague el copago correspondiente por cada receta.

Sus gastos en medicamentos recetados se contabilizan para el máximo de gastos de bolsillo.

MEDICAMENTOS RECETADOS	PLAN CENTRUS	PLAN CIGNA
Nivel 1, farmacia minorista (30 días)	Copago de $0	El menor entre $10 y el costo real
Nivel 1, pedido por correo (90 días)	Copago de $0	El menor entre $10 y el costo real
Nivel 2, farmacia minorista (30 días)	25% del costo, hasta $50	25% del costo, hasta $100
Nivel 2, pedido por correo (90 días)	25% del costo, hasta $50	25% del costo, hasta $100
Nivel 3, farmacia minorista (30 días)	40% del costo	40% del costo
Nivel 3, pedido por correo (90 días)	40% del costo	40% del costo
Medicamentos especializados	25% del costo, hasta $300	25% del costo, hasta $500

MEDICAMENTOS RECETADOS

La farmacia al alcance de su mano

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

- Consultar precios de medicamentos
- Hacer pedidos de entrega a domicilio
- Seguir el estado de pedidos a domicilio
- Acceder a su tarjeta de ID e imprimirla
- Encontrar una farmacia de la red
- Inscribirse para resurtidos automáticos
- Consultar reclamaciones e información de beneficios

Descargue la aplicación móvil de Optum Rx

Lleve consigo las mismas herramientas de OptumRx.com al descargar la aplicación. Administre sus medicamentos en cualquier momento y lugar.

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

Si tiene preguntas,
llame a OptumRx: 855-524-0381

Indíquenos cómo prefiere que nos comuniquemos
- Inscríbase para recibir comunicaciones electrónicas.
- Opte por recibir correos personalizados.
- Configure notificaciones de farmacia por mensaje de texto y recordatorios de medicamentos.

Regístrese ahora

Para configurar su cuenta en línea:

1. Visite OptumRx.com o escanee el código QR que aparece abajo
2. Seleccione Register en la página de inicio
3. Ingrese la información de su tarjeta de ID de afiliado
4. Cree un nombre de usuario y una contraseña
5. Complete su perfil

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

Escanee aquí para ir a OptumRx.com

Ahorre tiempo y administre sus medicamentos con= estas herramientas digitales de Optum Rx

Entrega a domicilio
- Transfiera sus recetas a Optum® Home Delivery y reciba en su hogar un suministro para 90 días.
- Administre las renovaciones de medicamentos enviados a domicilio, consulte el estado de las entregas y vea los medicamentos surtidos en farmacias de la red.
- Descubra cómo podría ahorrar en sus medicamentos.

Más funciones y herramientas
- Consulte el precio de un medicamento, compare costos entre farmacias o encuentre alternativas de menor costo.
- Consulte su lista de medicamentos o formulario para ver qué medicamentos están cubiertos.
- Use el localizador de farmacias para encontrar la farmacia de la red más cercana.
- Consulte reclamaciones e información de beneficios, como deducible, gastos de bolsillo e historial de reclamaciones.
- Envíe y dé seguimiento a una solicitud de autorización previa.

ENFERMERAS ASESORAS DE CONCIERGE

CONCIERGE NURSE NAVIGATORS

Orientación de enfermería disponible para todos los afiliados inscritos en el plan médico

ORIENTACIÓN PERSONALIZADA: ¡Encontremos los médicos de mejor calidad para USTED!

- •Elegir centros que brinden atención de alta calidad comprobada
- •Elegir médicos y centros que acepten con gusto su plan de salud
- •Ayudarle a aprovechar al máximo sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo
- •Comprender su diagnóstico y las opciones de tratamiento
- •¿Cuándo es apropiado solicitar una segunda opinión?

Llame ANTES de programar su atención.

ELIMINE SU DEDUCIBLE Y COSEGURO

¿POR QUÉ PRIORIZAR LA CALIDAD?

- **Menos diagnósticos incorrectos**
- **Menores tasas de infección**
- **Menos complicaciones**
- **Menor probabilidad de volver al hospital después del alta**
- **Menos daños y muertes de pacientes**
- **Menores costos**
- **La atención adecuada, en el momento y lugar adecuados**

¿Qué servicios reúnen los requisitos para la EXENCIÓN DEL DEDUCIBLE Y COSEGURO según el programa de enfermeras asesoras de Concierge?

- Estudios por imágenes: tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido, ecocardiograma, etc.
- Cirugías programadas con hospitalización o ambulatorias: reemplazo de cadera, cirugía de derivación coronaria, reemplazo de rodilla, etc.
- Procedimientos ambulatorios programados: colonoscopia, cateterismo cardíaco, etc.
- Segundas opiniones con un médico altamente calificado o un Centro de Excelencia (p. ej., diagnóstico o tratamiento del cáncer, cirugía o fusión de columna, cirugías complejas)

ATENCIÓN DE MATERNIDAD: PAGUE SOLO EL DEDUCIBLE
LLAME DURANTE LAS PRIMERAS 12 SEMANAS DE EMBARAZO

Comuníquese con una enfermera asesora de Concierge **antes** de la semana 12 para reunir los requisitos.

*Los copagos y el coseguro siguen siendo aplicables

Para obtener ayuda con el complejo sistema de atención médica
Comuníquese con sus enfermeras asesoras de Concierge locales

CONCIERGE NURSE NAVIGATORS



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



Heather Burns, Apoyo clínico
913-600-7140 voz/texto (seguro según HIPAA)
Heather@mynursenavigators.com



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

SUMINISTROS MÉDICOS

CONCIERGE NURSE NAVIGATORS

Productos y servicios médicos

ConnectDME



ConnectDME es un proveedor líder de suministros enviados directamente al hogar. Nos comprometemos a cuidar de usted y a ofrecer soluciones que faciliten la selección y recepción de los productos necesarios para vivir de la mejor manera posible. Simplificamos el proceso, desde la información sobre productos y el estado de los pedidos hasta los detalles de cobertura del seguro, y lo acompañamos frente a las complejidades de la atención médica. Durante más de 90 años, los clientes han confiado en nosotros para recibir sus suministros con facilidad, rapidez y precisión.

- Equipos CPAP y BiPAP
- Suministros para CPAP
- Nebulizadores
- Soportes para articulaciones y espalda
- Botas ortopédicas
- Andaderas de rodilla
- Catéteres
- Estudios del sueño
- Estimuladores óseos
- Unidades TENS
- Terapia de frío y calor
- Extractores de leche
- Terapia de compresión

BENEFICIO DEL 100% SIN COPAGO

Envío y manejo GRATIS, envío al día siguiente y configuración y capacitación en el hogar GRATIS

SIN COSTO para usted ni su familia
Comuníquese con sus enfermeras asesoras:

Jill- 913-600-7150
Jessica- 913-600-7130
Heather- 913-600-7140

Suministros para la diabetes

Diathrive
Confidence delivered.



Diathrive comenzó en 1928 como una pequeña farmacia de barrio en Ohio y se ha convertido en un proveedor líder de suministros médicos a nivel nacional. Nuestra experiencia de décadas nos permite ofrecer la más amplia selección de productos y marcas, cobertura de seguro integral y pedidos sin complicaciones.

SUMINISTROS DE CALIDAD PARA MEDIR LA GLUCOSA

Los suministros se entregan directamente en su domicilio SIN COSTO para usted.

- Aprobados por la FDA
- Precisos y confiables
- Entregados cada 3 meses

Salud conductual

CONCIERGE NURSE NAVIGATORS

Rovi Health **Atención de salud mental, adaptada a la vida real.**

SALUD CONDUCTUAL • INCLUIDA EN SU PLAN

Costo de $0 para los afiliados

Conéctese con un terapeuta que se ajuste a sus necesidades, identidad, horario y preferencias.

La opción adecuada, sin una búsqueda prolongada.

- Más de 100 especialidades y preferencias
- Citas programadas dentro de 24 horas
- 100% con maestría o doctorado
- Atención presencial mediante redes asociadas
- Más de 20 idiomas

Cómo comenzar

Escanee el código QR o visite www.rovi.health.

¡Descubra cómo Rovi Health puede ayudarle! Comuníquese con sus enfermeras asesoras asignadas:

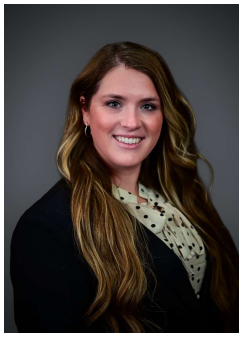
CONCIERGE NURSE NAVIGATORS



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



Heather Burns, Apoyo clínico
913-600-7140 voz/texto (seguro según HIPAA)
Heather@mynursenavigators.com



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

ATENCIÓN PRIMARIA DIRECTA

¡Usted cuenta con el beneficio de 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

¡Nuestro NUEVO programa de atención primaria basado en el valor significa más tiempo con su médico para un mejor USTED!

Utilice la atención primaria directa para:

Prevención y bienestar
Revise su estado de salud actual y elabore un plan personalizado para mantenerse saludable y fuerte.

Servicios de salud mental
Ayuda para la depresión, la ansiedad y más

Control de enfermedades
Apoyo para el manejo del asma, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el colesterol alto, el tabaquismo, la EPOC y más.

Problemas de atención urgente
Hable con su médico en minutos sobre sinusitis, infecciones urinarias, resfriados, gripe, erupciones, dolores de cabeza y más.

Remisiones, pruebas y más
Nuestros médicos pueden:

- Solicitar análisis, pruebas y exámenes de detección
- Proporcionar justificantes médicos y documentación
- Colaborar con su enfermera asesora para remitirle a especialistas de alta calidad

Atención según su horario.

- Acceso directo a su médico
- Envíe mensajes o consulte directamente a su médico
- Consultas convenientes por video o imagen
- Programe citas directamente desde la aplicación

Sin copagos ni complicaciones

Esta atención y servicio están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, con un médico de atención personalizada que trabaja para USTED. Atención primaria, control de enfermedades y problemas urgentes para adultos.

Según lo publicado por el *International Journal of Health Sciences: "*La atención primaria es, con diferencia, la variable más significativa relacionada con un mejor estado de salud; se correlaciona con una menor mortalidad, menos muertes por cáncer y enfermedades cardíacas, así como muchos otros resultados beneficiosos"

ATENCIÓN PRIMARIA DIRECTA

KerixHealth

Asequible
Accesible
Excepcional

Una nueva definición de atención primaria

Adopción del modelo de atención primaria directa

Su membresía de atención primaria de KerixHealth ofrece a usted y a sus familiares adultos una solución conveniente y económica. La atención primaria directa elimina las complicaciones del seguro al brindar acceso ilimitado a su médico, citas más prolongadas y un enfoque en la atención preventiva, lo que aporta mayor valor a su cobertura de atención primaria.

Lo que KerixHealth le ofrece:



$0 por atención primaria y necesidades urgentes

Con KerixHealth, disfrute de acceso rápido a servicios integrales de atención primaria, como revisiones, exámenes físicos, necesidades urgentes y control de enfermedades crónicas, por ejemplo, asma y salud mental. La membresía ofrece acceso conveniente y sin costo a atención personalizada, para que reciba la mejor atención en el momento adecuado.



$0 fuera de horario, días festivos y fines de semana

En KerixHealth, su bienestar es nuestra prioridad incluso fuera del horario de consulta. Nuestro servicio de atención urgente fuera de horario le permite comunicarse con un médico de guardia para obtener asistencia inmediata y atención oportuna y especializada cuando más lo necesite.



Aplicación segura

Disfrute de una atención médica sin complicaciones con la aplicación de Nextera Healthcare, segura según HIPAA. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, le permite solicitar citas, pedir ayuda fuera de horario, mantenerse en contacto con su equipo de atención y comunicarse directamente con su médico. Tranquilidad con atención siempre a su alcance.

Nuestros servicios:

- Atención de afecciones agudas y crónicas
- Manejo de alergias
- Dermatología
- Atención de salud mental
- Evaluación y apoyo para el sueño
- Manejo del estrés
- Esguinces, laceraciones y fracturas
- Control de peso y evaluación de riesgos
- Salud de mujeres y hombres

Además de los servicios anteriores, la membresía de KerixHealth ofrece:

- Atención fuera del horario habitual para necesidades más urgentes (emergencias que no ponen en peligro la vida)
- Acceso remoto o virtual a médicos por correo o teléfono si está ocupado o de viaje
- Servicios de imágenes y laboratorio con grandes descuentos
- Citas el mismo día o al día siguiente
- Sin copagos ni deducibles

Llámenos hoy al 303-501-2600 para programar su primera cita

www.kerixhealth.com care@kerixhealth.com

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Puede participar en dos cuentas de gastos flexibles (FSA) administradas por Paylocity: una cuenta de gastos flexibles para atención médica y una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes. Cada cuenta le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar determinados gastos.

Tenga en cuenta: debe estar inscrito en el plan médico para participar en una FSA de atención médica.

Triple ventaja fiscal de una FSA

El dinero que aporta a una FSA nunca está sujeto a impuestos:

- NO cuando se deduce de su salario y se deposita en su cuenta
- NO cuando recibe un reembolso con los fondos de la cuenta
- NO cuando presenta su declaración de impuestos al final del año

Tipo de cuenta	Aportación anual máxima	Último día para incurrir en gastos	Último día para presentar reclamaciones	¿Qué sucede con el saldo no utilizado al final del año?
FSA de atención médica* *Requiere inscripción en el plan médico	$3,400*	31 de diciembre de 2027	31 de marzo de 2028	**Puede transferir hasta $680 de su saldo no utilizado de un año a otro; los fondos restantes al final del año SE PIERDEN.**
FSA para cuidado de dependientes*	$7,500 ($3,750 si está casado y declara por separado)	31 de diciembre de 2027	31 de marzo de 2028	**Los fondos que queden en su cuenta al final del año SE PERDERÁN.**



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES PARA ATENCIÓN MÉDICA (FSA)

Las FSA de atención médica permiten a los empleados reservar dinero para gastos de salud denominados «gastos calificados», entre ellos deducibles, copagos, coseguro, medicamentos recetados y atención dental y de la vista, y pueden ayudarle a ahorrar dinero y facilitar la planificación de los gastos médicos.

Información sobre la cuenta FSA de atención médica	
Elegibilidad	Debe ser un empleado inscrito en un plan médico.
Límites de aportación de 2027	$3,400
Gastos médicos elegibles	Gastos médicos calificados definidos por el plan que, por lo general, reunirían los requisitos para la deducción de gastos médicos y dentales; p. ej., copagos, coseguro, deducibles, medicamentos recetados, aparatos de ortodoncia y gastos dentales y de la vista.
Titular de la cuenta	Empleador
Comprobantes de gastos	Sí, debe conservar los comprobantes de pago. Se exigirá validación, excepto para pagos con tarjeta de débito de copagos fijos asociados con el beneficio médico o farmacéutico.
Cambios en las aportaciones	Permitidos durante la inscripción abierta y ante un evento de vida que califica.
Disponibilidad de los fondos	El importe total de la aportación anual está disponible al comienzo del año, aunque la cuenta todavía no esté completamente financiada.
Continuidad y pérdida de fondos	Al finalizar el empleo, termina la participación en la FSA de atención médica y no se realizarán más aportaciones en su nombre. Tiene 90 días después de la fecha de terminación para presentar reclamaciones por gastos de atención médica incurridos antes de dicha fecha. Para presentar reclamaciones después de terminar el empleo, comuníquese con Paylocity en batinfo@paylocity.com o al 1-800-631-3539
Transferencia de saldo	Se pueden transferir hasta $680 de fondos no utilizados al año siguiente; el resto del saldo no gastado se pierde.
Opciones de inversión	No
Vencimiento	Todo el dinero de una FSA de atención médica vence y se pierde al final del año; hasta $680 pueden transferirse al siguiente año del plan.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES (DCFSA)

Una FSA para el cuidado de dependientes (DCFSA) es una cuenta de beneficios antes de impuestos que= se utiliza para pagar servicios elegibles de cuidado de dependientes, como preescolar, campamentos= diurnos de verano, programas antes o después de la escuela y guardería infantil. Es una manera sencilla= e inteligente de ahorrar dinero mientras cuida de sus seres queridos para poder seguir trabajando.

***Estos fondos solo pueden utilizarse para dependientes elegibles menores de 13 año.**

	Información sobre la cuenta DCFSA
Elegibilidad	Para ser elegible para una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCFSA), debe: tener un dependiente menor de 13 años o que no pueda cuidar de sí mismo por razones mentales o físicas; declararlo como dependiente en su declaración federal de impuestos; y pagar por su cuidado para poder trabajar, buscar empleo o estudiar a tiempo completo.
Límites de aportación de 2027	$7,500 ($3,750 si está casado y declara por separado)
Gastos elegibles	Cuidado infantil, como guardería, niñera y preescolar; programas antes y después de la escuela; campamentos diurnos de verano (no con pernoctación); cuotas de solicitud e inscripción en programas elegibles; transporte hacia y desde servicios elegibles de cuidado de dependientes; impuestos sobre nómina relacionados con el cuidado elegible de dependientes
Titular de la cuenta	Empleador
Comprobantes de gastos	Sí, debe conservar los comprobantes de pago. Se exigirá validación, excepto para pagos con tarjeta de débito de copagos fijos asociados con el beneficio médico o farmacéutico.
Cambios en las aportaciones	Permitidos durante la inscripción abierta y ante un evento de vida que califica.
Disponibilidad de los fondos	Los fondos de la DCFSA están disponibles mediante deducciones de nómina y pueden utilizarse para pagar gastos elegibles de cuidado de dependientes.
Continuidad y pérdida de fondos	Si el participante deja de trabajar durante el año del plan, las solicitudes de reembolso deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la terminación del empleo. Cualquier saldo que quede en la cuenta del participante al finalizar el plazo de reclamaciones de cada año del plan se perderá. Para presentar reclamaciones después de terminar el empleo, comuníquese con Paylocity en batinfo@paylocity.com o al 1-800-631-3539
Transferencia de saldo	**No se permite transferir saldo al año siguiente.**
Opciones de inversión	No
Vencimiento	**Todo el dinero de una DCFSA vence y se pierde al final del año.**

RECLAMACIONES FUERA DE LA RED: CÓMO PRESENTARLAS

Reembolsos el mismo día, de forma sencilla

Sage ofrece reembolsos el mismo día por gastos médicos elegibles solicitados a través de Venmo o Zelle, de acuerdo con la cobertura de sus beneficios.

1 Obtenga un recibo detallado o una factura desglosada (superbill)

Su documentación debe incluir:
- Nombre del paciente y un identificador (fecha de nacimiento, dirección o número de teléfono)
- Fecha del servicio y códigos de procedimiento (CPT)
- Cargos y comprobante de pago
- Nombre del proveedor y un identificador

2 Elija un método de pago

Podemos enviarle el reembolso el mismo día mediante Venmo o Zelle.

Incluya su nombre de usuario o identificador para el reembolso el mismo día.
Si no puede utilizar esas aplicaciones, emitiremos un cheque en papel. Permita hasta 30 días calendario para su procesamiento.

3 Envíe su solicitud de reembolso por correo electrónico

PARA archkckbenefits@SageTPA.com

ASUNTO Reimbursement Request for First Name Last Name (Solicitud de reembolso de nombre y apellido)

Su correo electrónico debe incluir:
- Nombre y apellido
- Nombre del proveedor y fecha del servicio
- Importe total pagado
- Método de pago: Venmo, Zelle o cheque en papel
- Nombre de usuario de Venmo o Zelle, si corresponde
- Recibo detallado o factura desglosada (superbill)

4 Sage verifica y procesa su solicitud

Sage revisará la documentación, procesará la solicitud y confirmará cuando haya terminado.

IMPORTANTE
El procesamiento comienza una vez recibida toda la información requerida y está sujeto a la== cobertura y revisión del plan. La documentación completa debe recibirse dentro de los 365 días== posteriores a la fecha del servicio. Se rechazarán las solicitudes recibidas después de ese plazo.

¿Preguntas? Escríbanos a: archkckbenefits@SageTPA.com o llame al 855-929-5956

RECLAMACIONES FUERA DE LA RED: CÓMO PRESENTARLAS

Reclamaciones de medicamentos recetados

1. Inicie sesión en www.optumrx.com
2. Seleccione el afiliado
3. Ingrese los datos de la receta
4. Suba el recibo
5. Confirme y envíe

Cuenta de gastos flexibles

1. Inicie sesión en https://access.paylocity.com/
2. Vaya a Spending Accounts / Benefits (Cuentas de gastos / Beneficios)
3. Seleccione File a Claim (Presentar una reclamación)
4. Ingrese los detalles de la reclamación y suba el recibo o la EOB
5. Agregue la reclamación a Claims Basket y envíela

Documentación requerida: nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, fecha del servicio e importe cobrado.

Vida/AD&D, accidentes, incapacidad, enfermedades graves e indemnización hospitalaria

1. Inicie sesión en www.mutualofomaha.com/my-benefits
2. Seleccione “Submit Claim” (Presentar reclamación)
3. Complete los formularios requeridos y adjunte los documentos necesarios
4. Confirme y envíe los formularios

También puede descargar los formularios y enviarlos mediante cualquiera de estas opciones.

Fax

ATTN: Claims
402-997-1869

Dirección postal

Mutual of Omaha (ATTN: Claims)
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175

RECLAMACIONES FUERA DE LA RED: CÓMO PRESENTARLAS

Visión (VSP)

1. Inicie sesión en vsp.com
2. Vaya a My Benefits (Mis beneficios)
3. Seleccione Submit a Claim (Presentar una reclamación)
4. Complete el formulario y suba el recibo
5. Envíe la reclamación

El recibo debe incluir el nombre del proveedor, nombre del paciente, fecha del servicio, servicios recibidos y costo.

Dental

1. Inicie sesión en deltadentalins.com
2. Vaya a Claims & Visits y seleccione How to File a Claim (Cómo presentar una reclamación)
3. Descargue el formulario de reclamación
4. Complete y firme el formulario (el dentista también debe firmarlo)
5. Envíe los originales por correo y conserve copias

El estado de cuenta o recibo requerido debe incluir:

- Nombre, dirección y número de teléfono del dentista
- Fechas del servicio
- Códigos de procedimiento y honorarios
- Dientes tratados y costo total
- NPI, TIN, número de licencia y código de especialidad

Enviar a: Delta Dental of California, P.O. Box 997330, Sacramento, CA 95899-7330

Gianna Family Care

Envíe las reclamaciones a archkckbenefits@sagetpa.com e incluya:

- Recibo o factura desglosada (superbill) con identificador del paciente, códigos CPT, cargos/pago e identificador del proveedor
- Nombre del proveedor
- Fecha del servicio
- Total pagado y método de pago (Venmo, Zelle o cheque); incluya el nombre de usuario si es necesario

DENTAL

Número de grupo: 51636

El plan cubre revisiones de rutina y atención dental integral, con la flexibilidad de recibir tratamiento de cualquier proveedor.

ADMINISTRE SUS BENEFICIOS DENTALES

CREE SU CUENTA EN LÍNEA

Visite DeltaDentalKS.com y regístrese con el número de identificación de afiliado que aparece en su tarjeta dental.

- Consulte beneficios, elegibilidad y máximos del plan
- Revise reclamaciones y explicaciones de beneficios (EOB)
- Acceda a su tarjeta de ID de afiliado o imprímala
- Busque un dentista y estime costos dentales

APLICACIÓN MÓVIL DE DELTA DENTAL

Escanee para descargar la aplicación. Úsela para ver su tarjeta de ID móvil, buscar un dentista, consultar la cobertura, estimar costos y revisar reclamaciones.

¿Necesita ayuda? 800-234-3375

BENEFICIOS DENTALES

SERVICIOS	DESCRIPCIÓN	MONTO DEL BENEFICIO
Procedimientos tipo I	Exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor (2 al año)	El plan paga el 100% de la asignación máxima del plan; no se aplica al máximo anual
Procedimientos tipo II	Empastes regulares, extracciones, endodoncias no quirúrgicas	Después del deducible, el plan paga el 80% de la asignación máxima del plan
Procedimientos tipo III	Coronas, dentaduras postizas, implantes	Después del deducible, el plan paga el 60% de la asignación máxima del plan
Procedimientos tipo IV	Ortodoncia para adultos y niños	Después del deducible, el plan paga el 50% de la asignación máxima del plan, hasta un máximo vitalicio de $2,500
Deducible anual	Se aplica a procedimientos tipo II, III y IV	$25 por persona
Máximo anual	Por persona cubierta	$2,500

COSTOS POR PERÍODO DE PAGO

COBERTURA	COSTO DEL EMPLEADO	APORTE DEL EMPLEADOR
Solo empleado	$8.99	$13.50
Empleado + cónyuge	$25.69	$38.53
Empleado + hijo(s)	$22.15	$33.24
Empleado + familia	$28.32	$42.49

*La herramienta para estimar costos dentales solo proporciona una estimación y no garantiza honorarios exactos, pagos del plan ni gastos de bolsillo.

VISIÓN

Número de grupo: 351035

Los beneficios de visión se ofrecen a través de VSP. Este plan voluntario proporciona cobertura integral para necesidades rutinarias de la vista y se paga mediante deducciones de nómina antes de impuestos.

CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS DE VSP

CUENTA Y TARJETA DE ID

Regístrese o inicie sesión en VSP.com para verificar cobertura y elegibilidad. Use Ameritas.com para imprimir o descargar su tarjeta de ID y acceder a VSP con inicio de sesión único.

BUSCAR ATENCIÓN Y GESTIONAR RECLAMACIONES

Seleccione Find a Doctor en su cuenta de VSP para verificar proveedores participantes. Consulte el estado y el historial de reclamaciones en línea o en la aplicación VSP Vision Care. Compre en línea en Eyeconic.com.

¿PREGUNTAS?

VSP
Beneficios, reclamaciones o proveedores
800-877-7195

Ameritas
Administración o tarjetas de ID
800-487-5553

BENEFICIOS DE VISIÓN

BENEFICIO	RED VSP
Examen de la vista	Copago de $15
Materiales	Copago de $20
Lentes	Lentes monofocales, bifocales y trifocales cubiertos en su totalidad*
Monturas	Asignación de $175
Lentes de contacto	Adaptación y evaluación: copago de hasta $60 Médicamente necesarios: cubiertos al 100% Electivos: asignación de $160
Frecuencia	Examen: cada 12 meses Lentes: cada 12 meses Monturas: cada 24 meses

*Los lentes progresivos están cubiertos hasta la tarifa contratada por el proveedor para lentes bifocales con línea. Los afiliados pagan la diferencia entre la asignación del lente básico y el costo del lente progresivo.

COSTOS POR PERÍODO DE PAGO

COBERTURA	COSTO DEL EMPLEADO
Solo empleado	$4.48
Empleado + cónyuge	$9.03
Empleado + hijo(s)	$10.34
Familia	$16.48

SEGURO DE VIDA Y AD&D

Número de grupo: G000CV3Y

100% pagado por el= empleador

Seguro básico de vida y AD&D

El seguro de vida a término y la cobertura por muerte y desmembramiento accidental brindan protección a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.

Seguro de vida a término

El empleador paga una prestación fija de $25,000. La prestación se reduce un 50% a los 70 años.

Si queda incapacitado antes de los 60 años, la cobertura continuará mientras dure la incapacidad, pero no más allá de los 65 años o la fecha de jubilación, lo que ocurra primero. Si queda incapacitado después de los 60 años, pero antes de los 65, la cobertura puede continuar hasta un año, pero no más allá de los 65 años o la fecha de jubilación, lo que ocurra primero.

Muerte y desmembramiento accidental

Si el fallecimiento se debe a un accidente, se pagará a su beneficiario una cantidad adicional igual a la del seguro de vida. Se pagan prestaciones menores por ciertas incapacidades derivadas de un accidente. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Prestación anticipada por fallecimiento

Si tiene una afección médica que reúne ciertos requisitos especificados, tiene derecho a recibir un porcentaje de la prestación de vida. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Opción de seguro de vida adicional para dependientes/cónyuge

Cónyuge: $4,000
Hijo: $2,000

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

El seguro de vida voluntario ofrece a los empleados la oportunidad de adaptar el seguro de vida a sus necesidades individuales.

100% pagado por el= empleado

ELEGIBILIDAD: TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES	
Requisito de elegibilidad	Debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana para ser elegible para la cobertura.
Requisito de elegibilidad de dependientes	Para ser elegibles, sus dependientes deben poder realizar actividades normales y no estar recluidos (en el hogar, en un hospital o en cualquier otro centro de atención), y los hijos deben ser menores de 26 años. Para que su cónyuge o hijos sean elegibles, debe elegir cobertura para usted.
Pago de primas	Usted paga la totalidad de las primas de este seguro.

PAUTAS DE COBERTURA			
	Mínimo	**Emisión garantizada**	**Máximo**
Para usted	$10,000	$150,000	$150,000, en incrementos de $10,000
Cónyuge	$5,000	100% de la prestación del empleado, hasta $75,000	100% de la prestación del empleado, en incrementos de $5,000, hasta $75,000
Hijo(s)	$5,000	100% de la prestación del empleado	100% de la prestación del empleado, en incrementos de $5,000, hasta $10,000

¿Quién puede obtener este seguro?

Debe estar trabajando activamente (desempeñando todas las funciones habituales de su puesto) al menos 30 horas por semana. Sus dependientes deben realizar actividades normales y no estar recluidos (en el hogar o en un hospital/centro de atención), y los hijos deben ser menores de 26 años.

SEGURO DE VIDA DE EMISIÓN GARANTIZADA

Número de grupo: G000CV3Y

100% pagado por el empleado

DISPONIBLE PARA NUEVOS EMPLEADOS CUANDO REÚNEN LOS REQUISITOS POR PRIMERA VEZ

El seguro de vida voluntario a término le permite añadir protección para usted y sus dependientes elegibles. La cobertura de emisión garantizada no requiere preguntas médicas ni exámenes.

COBERTURA DISPONIBLE

QUIÉN	COBERTURA
Empleado	Incrementos de $10,000, hasta $150,000
Cónyuge	Incrementos de $5,000; hasta el 100% de la elección del empleado, máximo $75,000
Hijos menores de 26 años	Incrementos de $5,000 por hijo, máximo $10,000 por hijo

QUÉ SIGNIFICA “EMISIÓN GARANTIZADA”

Puede elegir cobertura hasta los límites anteriores sin presentar pruebas de asegurabilidad. Si renuncia a la cobertura cuando reúne los requisitos por primera vez, se inscribe después o solicita un importe superior al límite de emisión garantizada, deberá proporcionar información de salud.

COSTO MENSUAL POR CADA $1,000 DE COBERTURA

EDAD	EMPLEADO / CÓNYUGE	TODOS LOS HIJOS
Menos de 25	$0.06	$0.10
25–29	$0.06	$0.10
30–34	$0.08	$0.10
35–39	$0.10	$0.10
40–44	$0.14	$0.10
45–49	$0.23	$0.10
50–54	$0.36	$0.10
55–59	$0.56	$0.10
60–64	$0.71	$0.10
65–69	$1.27	$0.10
70–74	$2.10	$0.10
75–79	$3.70	$0.10
80–84	$3.70	$0.10
85–89	$3.70	$0.10
90–100	$3.70	$0.10

Las tarifas para el empleado y su cónyuge se basan en la edad del empleado en la fecha de entrada en vigor y se ajustan anualmente cuando el empleado pasa a otro grupo de edad. La cobertura del cónyuge termina cuando el empleado cumple 70 años, independientemente de la edad del cónyuge.

ESCANEE PARA VER UNA PRESENTACIÓN PERSONALIZADA

Preguntas o ayuda con la inscripción: Pam Eisenberg | 617-716-9920
Pamela.Eisenberg@Mutualofomaha.com

INCAPACIDAD

Corto plazo (STD)

100% pagado por el empleador;= Aumento opcional: 100% pagado por el= empleado

Qué, por qué y cuándo	Brinda protección de ingresos si queda total o parcialmente incapacitado según lo indique su médico tratante.
Período de espera	7 días
Beneficio máximo	$250 por semana; aumento voluntario de STD del 40% hasta $1,000 por semana
Duración máxima del beneficio	12 semanas
Licencia por maternidad	Cubre la licencia por maternidad. Por lo general, la duración del beneficio es de 6 semanas por parto normal y 8 semanas por cesárea.

Largo plazo (LTD)

50% pagado por el empleado / 50% por el empleador

Qué, por qué y cuándo	Brinda protección de ingresos si queda total o parcialmente incapacitado según lo indique el médico tratante.
Período de espera	12 semanas de incapacidad causada por lesión accidental o enfermedad
Beneficio mensual	50% de los ingresos mensuales de la persona asegurada
Beneficio máximo	$3,000 por mes
Duración máxima del beneficio	Hasta los 67 años, no menos de 48 meses



SEGURO VOLUNTARIO CONTRA ACCIDENTES

Número de grupo: G000CV3Y

El seguro médico cubre gastos médicos, pero normalmente no cubre los costos indirectos que pueden surgir por una lesión grave o incluso menos grave. Es posible que tenga que pagar de su bolsillo gastos imprevistos, como transporte, medicamentos de venta libre, cuidado infantil y ayuda adicional en el hogar. Con el seguro contra accidentes, las prestaciones que reciba pueden ayudarle a cubrir estos gastos adicionales.

Aspectos destacados de la cobertura

- Plan bajo vs. plan alto (consulte el resumen de beneficios en https://archkckbenefits.com/ para más detalles)
- Cobertura de emisión garantizada
- Cubre accidentes fuera del trabajo
- La cobertura es portátil con el mismo nivel de prestaciones y prima, siempre que se paguen las primas a Mutual of Omaha.
- Paga prestaciones por atención de emergencia, cuidados intensivos, fracturas y más. Las lesiones tratadas dentro de los 90 días (180 días para AD&D) posteriores al accidente se pagarán según la tabla de prestaciones de la póliza.
- La prestación puede ayudar a pagar gastos médicos de bolsillo o gastos cotidianos.

Plan bajo: prima por período de pago	
Empleado	**$4.32**
Empleado + cónyuge	**$7.04**
Empleado + hijo(s)	**$8.00**
Familia	**$10.72**

Plan alto: prima por período de pago	
Empleado	**$6.16**
Empleado + cónyuge	**$10.49**
Empleado + hijo(s)	**$12.10**
Familia	**$16.42**

SEGURO VOLUNTARIO DE ENFERMEDADES GRAVES

Número de grupo: G000CV3Y

Le ayuda a protegerse si le diagnostican una enfermedad grave. Proporciona un pago único para ayudarle a cubrir gastos de bolsillo. Algunos ejemplos de enfermedades graves son:

- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Trasplante de órgano principal

Descripción de las prestaciones:

- Cobertura disponible en incrementos de $10,000, desde $10,000 hasta $40,000
- Cobertura de emisión garantizada
- Cobertura del cónyuge en incrementos de $10,000, de $10,000 a $40,000 (sin superar el 100% de la cobertura del empleado)
- Cobertura de hijos en incrementos de $5,000, de $5,000 a $20,000 (sin superar el 50% de la cobertura del empleado)
- Las prestaciones se pagan directamente a usted, salvo que las haya cedido a otra persona
- Complementa los beneficios médicos existentes y puede ayudar a cubrir gastos de bolsillo
- La cobertura puede continuar después del empleo si se siguen pagando las primas

Las tarifas están disponibles en el portal de Paylocity

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA VOLUNTARIA

Número de grupo: G000CV3Y

Cubre gastos de bolsillo que no cubre su plan médico mientras permanece hospitalizado. Tiene la opción de adquirir un seguro de indemnización hospitalaria para ayudar con gastos imprevistos, como cuidado infantil, deducibles y pérdida de ingresos.

	Beneficios
Primer día en el hospital (cama regular)	$1,000
Hospitalización (hasta 30 días)	$100/día
Unidad de cuidados intensivos (hasta 10 días)	$100/día
Hospitalización prolongada	$100/día

Tarifas por período de pago	
Empleado	$7.12
Empleado + cónyuge	$15.05
Empleado + hijos	$12.23
Familia	$20.15



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

La vida no siempre es fácil. En ocasiones, un problema personal o profesional puede afectar su trabajo, su salud y su bienestar general. En esos momentos difíciles, es importante contar con alguien con quien hablar y saber que no está solo.

Con el Programa de Asistencia al Empleado de Mutual of Omaha, puede obtener la ayuda que necesita para dedicar menos tiempo a preocuparse por los desafíos de su vida y volver a ser el trabajador productivo con el que cuenta su empleador.

Obtenga más información sobre los servicios del Programa de Asistencia al Empleado disponibles para usted.

Estamos aquí para ayudarle

Visite el sitio web del Programa de Asistencia al Empleado para consultar artículos y recursos oportunos sobre temas financieros, de bienestar, conductuales y de salud mental.

mutualofomaha.com/eap
o llámenos: 1-800-316-2796

Servicios mejorados del EAP

Características	Valor para la empresa y los empleados
Servicios clínicos para empleados y familias	• Un equipo interno de profesionales del EAP con maestría, disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, para realizar evaluaciones individuales • Excelente servicio al cliente de un equipo dedicado a la capacitación y formación continua en temas de asistencia al empleado • Acceso a expertos en la prestación de servicios del EAP
Opciones de asesoramiento	• Tres sesiones por año (por hogar) mediante asesoramiento presencial* o telesalud (texto, chat, teléfono o video) a través de un portal seguro que cumple con HIPAA

*Residentes de California: el estatuto Knox-Keene limita a tres las sesiones presenciales en un período de seis meses por persona.

CUÁNDO UTILIZAR SU EAP



ASISTENCIA EN VIAJES

Mutual of Omaha

Apoyo en todo el mundo para viajes de negocios y personales

Travel Assistance le conecta con profesionales que pueden ofrecerle referencias médicas locales y otro apoyo de emergencia mientras se encuentra lejos de casa.

QUIÉNES ESTÁN CUBIERTOS

Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes durante un solo viaje de hasta 120 días y a más de 100 millas de su hogar.

ASISTENCIA ANTES DEL VIAJE

Llame antes de salir para recibir ayuda con:

- Pasaportes, visas y otros documentos necesarios para viajes al extranjero
- Avisos de viaje y de salud, incluidos requisitos de vacunación
- Pronósticos meteorológicos nacionales e internacionales
- Tipos de cambio diarios de monedas extranjeras
- Ubicación de consulados y embajadas
- Servicios de traducción e interpretación para emergencias en viajes internacionales

APOYO DE EMERGENCIA DURANTE VIAJES

- Servicios telefónicos de traducción e interpretación disponibles 24/7
- Referencias a abogados locales u oficinas consulares, con ayuda para mantener la comunicación familiar y de negocios
- Ayuda con equipaje perdido, robado o retrasado al viajar en un transportista público
- Coordinación de pagos de emergencia o efectivo mediante sus fuentes de crédito disponibles
- Registro y recuperación de mensajes de emergencia entre usted, su familia o sus socios comerciales
- Coordinación de reemplazo de tarjetas de crédito, boletos de avión y otros documentos de viaje
- Devolución de un vehículo de alquiler desatendido cuando sea necesaria una evacuación o repatriación

* Mutual of Omaha Insurance Company le ofrece Travel Assistance. Los servicios son proporcionados por AXA Assistance USA (AXA).

** La asistencia previa al viaje está disponible en cualquier momento y no está sujeta al radio de viaje de 100 millas.

ASISTENCIA EN VIAJES EN TODO EL MUNDO

Consultas dentro de EE. UU.

1-800-856-9947

Los servicios están disponibles para viajes de negocios y personales.

Fuera de EE. UU., llame por cobrar

(312) 935-3658

FONDO SAMARITAN

samaritan fund program

THE ARCHDIOCESE OF KANSAS CITY IN KANSAS

La tranquilidad para sanar

El Programa Samaritan Fund obtiene fondos de patrocinadores Samaritan para pagar todos los gastos médicos de personas con afecciones médicas graves y tratamientos de alto costo.

"Usted es nuestro ángel de la guarda... Ya no estamos nerviosos ni estresados. Ahora podemos concentrarnos en la atención médica y disfrutar del tiempo con nuestra hija en lugar de preocuparnos por la parte financiera...

Gracias, gracias, gracias"

- PARTICIPANTE

ESCANEE PARA SOLICITAR



866-764-9290 | samaritanfundprogram.com
service@samaritanfundprogram.com

CÓMO FUNCIONA

- Si tiene una afección médica grave con un tratamiento de alto costo, envíe electrónicamente un formulario confidencial de autorización de información del seguro médico.
- Un representante del Programa Samaritan Fund se comunicará con usted para explicarle el programa, responder preguntas y recopilar su información.
- Si se aprueba, se emitirá una oferta personalizada del Programa Samaritan Fund.
- Si desea aceptarla, deberá firmar y enviar su carta de oferta.
- Se configura su cuenta y le emitimos una tarjeta de débito para gastos médicos.
- Disfrute de la tranquilidad para sanar y envíe sus comentarios sobre su experiencia con el Programa Samaritan Fund.

MEDICARE

QUIÉNES SON ELEGIBLES

- 65 años o más
- Menores de 65 años con ciertas discapacidades
- Cualquier edad con enfermedad renal terminal

LAS CUATRO PARTES DE MEDICARE

A Seguro hospitalario

Atención hospitalaria para pacientes internados; atención en centros de enfermería especializada; cuidados paliativos; atención médica en el hogar

B Seguro médico

Servicios de médicos y especialistas; servicios médicos y quirúrgicos ambulatorios; pruebas de laboratorio y diagnóstico; equipo médico duradero y atención preventiva; ciertos medicamentos e infusiones ambulatorios

C Medicare Advantage

Planes privados que ofrecen los beneficios de las Partes A y B. Muchos planes incluyen cobertura de medicamentos de la Parte D. Las primas, copagos y coseguros varían según el plan. Los planes pueden incluir beneficios dentales, de visión y audición

D Cobertura de medicamentos recetados

Cubre medicamentos recetados. Las primas mensuales, los formularios y los costos compartidos varían según el plan. Algunos planes incluyen un deducible anual de medicamentos

INSCRIPCIÓN

CUÁNDO INSCRIBIRSE

- Parte A: Su período de inscripción inicial dura siete meses: los tres meses anteriores al mes en que cumple 65 años, el mes de su cumpleaños y los tres meses posteriores.
- Parte B: Los sacerdotes que se jubilan del ministerio activo deben iniciar el proceso del período de inscripción especial 60 días antes de que termine la cobertura grupal.
- Las Partes C y D no corresponden a los sacerdotes.

CÓMO INSCRIBIRSE

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Solicite en línea en ssa.gov mediante su cuenta My Social Security.
- Si tiene la Parte A pero no la Parte B, complete el formulario CMS-40B.

ASESORAMIENTO LOCAL GRATUITO SOBRE MEDICARE

Jennings Insurance Group **Kansas City: 816-472-0676**

Comuníquese con un asesor local de Medicare para comprender sus opciones de inscripción sin costo para usted.

AVISOS

Aviso de derechos de inscripción especial

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o de un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y 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 la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o a partir de que el empleador deje de contribuir a esa otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y 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 en Materia de Salud y Cáncer

¿Sabía que su plan, conforme a lo exigido por la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer de 1998, ofrece beneficios por servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema? Visite archkckbenefits.com para obtener más información.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Por lo general, conforme a la ley federal, los planes de salud grupales y las aseguradoras no pueden limitar los beneficios de hospitalización relacionada con el parto, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, por lo general, la ley federal no prohíbe que el profesional que atiende a la madre o al 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, conforme a la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que el profesional obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia superior a 48 horas (o 96 horas).

Privacidad conforme a HIPAA

La ley exige que su empleador tome medidas razonables para garantizar la privacidad de su información médica protegida (PHI) e informarle sobre sus usos. El uso y la divulgación de la PHI están regulados por la ley federal conocida como HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Puede solicitar una descripción más completa de sus derechos y protecciones de privacidad. Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos si tiene preguntas o desea solicitar una copia del aviso completo de privacidad de HIPAA.

AVISOS

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para primas que ayude a pagar la cobertura con 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, pero quizá puedan adquirir un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para 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 indicados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una solicitud. 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 asistencia con las primas mediante Medicaid o CHIP, y también son elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan si todavía no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial”, y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para la asistencia. Si tiene preguntas sobre la inscripción 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, podría 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. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

KANSAS - Medicaid

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

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono HIPP: 1-800-967-4660

MISSOURI - Medicaid

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

Teléfono: 573-751-2005

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

Departamento de Trabajo de EE. UU. Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresivas

Cuando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, está protegido contra la facturación sorpresiva o la facturación del saldo.

¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresiva")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Puede tener otros costos o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o acude a un centro de atención médica que no pertenece a la red de su plan médico.

"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 importe total cobrado por un servicio. Esto se denomina "facturación del saldo". Es probable que este importe sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

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

Está protegido contra la facturación del saldo por:

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 cobrarle es el costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que reciba después de estar en condición estable, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden cobrarle es el costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o servicios de cuidados intensivos. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del 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 usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresivas (continuación)

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. 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 del saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan médico debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación previa (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y mostrar ese importe en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier importe que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su 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 o estatales de protección contra la facturación del saldo o sorpresiva.

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 (No Surprises Act).

Para obtener más información sobre el impacto de la Ley Sin Sorpresas en los consumidores, incluido cómo presentar quejas, consulte la página de preguntas frecuentes para consumidores sobre la Ley Sin Sorpresas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Visite https://www.cms.gov/nosurprises/policies-and-resources/overview-of-rules-fact-sheets para obtener más 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 conforme a la ley estatal.

El contenido de este documento no tiene fuerza ni efecto de ley y no pretende obligar al público de ninguna manera, salvo que se incorpore específicamente a un contrato. Este documento solo tiene como objetivo aclarar al público los requisitos existentes conforme a la ley.

CONTACTOS

La Arquidiócesis de Kansas City en Kansas, en colaboración con los siguientes proveedores, se esfuerza por satisfacer sus necesidades de beneficios. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, visite: www.archkckbenefits.com o comuníquese con el proveedor correspondiente que aparece a continuación. Si aún tiene preguntas, comuníquese con el administrador de beneficios de su lugar de trabajo.



Beneficio	Proveedor	Servicio al cliente
Administrador del plan	Sage TPA	855-929-5659
Red	Red Cigna PPO Red Centrus	Cigna.com **centrushealthdirect.com**
Beneficios de medicamentos recetados	OptumRx	855-524-0381 OptumRx.com
Atención primaria directa	KerixHealth	303-501-2600 care@kerixhealth.com
Orientación de enfermería	Concierge Nurse Navigators	913-600-7150 o 913-600-7130 o 913-600-7140
Telemedicina	MyCatholicDoctor	888-822-8436 https://mycatholicdoctor.com/archkck
Plan dental	Delta Dental of Kansas	800-234-3375 / 316-264-4511 deltadentalks.com
Plan de visión	VSP	800-877-7195 vsp.com
Seguro de vida y AD&D	Mutual of Omaha	800-228-7104
Incapacidad STD/LTD	Mutual of Omaha	800-228-7104
Seguro voluntario de vida temporal y AD&D, accidentes y enfermedades graves	Mutual of Omaha	800-228-7104
Indemnización hospitalaria voluntaria	Mutual of Omaha	800-228-7104
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Paylocity	800-520-2687 batinfo@paylocity.com
Programa de asistencia al empleado (EAP)	Mutual of Omaha	800-316-2796 mutualofomaha.com/eap
Programa Samaritan Fund	Samaritan Fund	866-764-9290
Medicare	Jennings Group	816-472-0676

THE ARCHDIOCESE
OF KANSAS CITY IN KANSAS

Para consultar sus beneficios en línea,
visite archkckbenefits.com

