



Diócesis Católica de Salt Lake City
Guía de inscripción en los beneficios
de salud para empleados
Período del 1.º de enero de 2025
al 31 de diciembre de 2025



¡Bienvenido a la inscripción abierta en sus beneficios de salud para 2024!

(desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2025)

El año del plan de salud de la Diócesis Católica de Salt Lake City se extiende de enero a diciembre para que coincida con el año del “plan de cafetería” y con el deducible del seguro médico y con otros factores acumulativos del plan de salud que también se aplican por año calendario. Llevaremos a cabo la inscripción abierta anual desde el 31 de octubre hasta el 15 de noviembre, y las modificaciones solicitadas entrarán en vigor el 1.º de enero de 2025. En el futuro, las inscripciones abiertas en el plan de salud seguirán llevándose a cabo en el mes de noviembre.

Inscripción abierta: Desde el 31 de octubre hasta el 15 de noviembre de 2024

Inscripción de empleados nuevos: Se deben completar y presentar los formularios de solicitud de la inscripción dentro del plazo de 30 días de la fecha de contratación en un puesto que cumpla los requisitos para los beneficios.

La cobertura grupal de medicamentos con receta actual se considera cobertura comprobable (es decir, se considera que, en promedio, es tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare).

Consulte el aviso de cobertura comprobable que se adjunta a esta carta.





Este paquete contiene informacion breve en ingles de su beneficios bajo el Plan Medico de Catholic Diocese of Salt Lake City. Si usted tiene dificultad en comprender cualquier parte de este informacion, o tiene preguntas, favor contactar al administrador de reclamos en Regence BlueCross BlueShield of Utah, quien con gusto le ayudara, telefono 1-866-240-9580. Las horas de oficina son de Lunes a Viernes de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. MST. Tambien, puede llamar al administrador del Plan al telefono 1-801-328-8641.

La Diócesis se complace en anunciar que seguiremos ofreciendo la opción de elegir entre el plan “general” actual y un “plan de salud con deducible alto (HDHP)”.

- Opciones de RED para el plan general y para el plan HDHP:
 - Se ofrecerán dos opciones de red: ValueCare (PVC) o Participating (PAR), así que podrá elegir entre cuatro opciones de inscripción:
 - Plan GENERAL con la red Preferred ValueCare (PVC) o con la red Participating (PAR)
 -
 - Plan HDHP con la red Preferred ValueCare (PVC) o con la red Participating (PAR)

- **Desembolso máximo para el plan GENERAL:** seguirá habiendo desembolsos máximos independientes para los servicios dentro y fuera de la red. El desembolso máximo para la cobertura de dos personas es de dos (2) veces el desembolso máximo individual, y para la cobertura familiar, tres (3) veces el desembolso máximo individual.
- **Desembolso máximo para el plan HDHP:** habrá un desembolso máximo combinado para los servicios dentro y fuera de la red.
- **Atención fuera de la red:** Todos los servicios están sujetos a los cargos de facturación de saldo.

Aspectos destacados de los beneficios:

- Tanto el plan GENERAL como el HDHP cubrirán al 100 % los servicios preventivos dentro de la red, sin que se aplique al miembro un costo compartido, siempre y cuando el proveedor de la red los facture como servicios de atención preventiva, conforme a los límites de edad, y a las pautas de frecuencia y las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) o de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
- Se seguirá ofreciendo un nivel de tarifas para dos personas, para que los empleados tengan la opción de contribuir a las primas según se trate de cobertura individual, de cobertura para dos personas o de cobertura familiar.

Nota: Consulte en su Departamento de Recursos Humanos las pautas de contribución si tanto usted como su cónyuge trabajan para la Diócesis.

- A los empleados que elijan el plan HDHP se les ofrecerá la opción de contribuir a una cuenta de ahorros de salud (HSA) a través de Accrue CMS.
- En 2025, el máximo de contribuciones anual a la HSA para la opción de cobertura individual será de \$4,300, y para la opción de cobertura familiar, \$8,550.
- En 2025, el límite máximo de contribuciones anual a la cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención de salud será de \$3,300 y el monto máximo que podrá transferir al año siguiente será de \$660.
- Los empleados inscritos a través de su empleador, o el de su cónyuge, en una cobertura sin requisitos de deducibles o copagos (conocida como “first dollar”) o aquellos que tengan derecho a Medicare (que cumplan los requisitos para Medicare o estén inscritos en Medicare) no pueden contribuir a una HSA.
- Una HSA es compatible con una FSA para cuidado de dependientes, pero NO con una FSA para atención médica.
- A los empleados que se inscriban en el plan GENERAL se les seguirá ofreciendo una FSA.

Cobertura médica y de medicamentos con receta:

- El siguiente cuadro contiene un breve resumen del plan GENERAL y del plan HDHP. Repase detenidamente el *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)*, adjunto, y el *Cuadernillo de beneficios médicos*. Contienen los beneficios, las limitaciones y las exclusiones reales.

	Opciones de planes médicos de 2025 para la Diócesis Católica de Salt Lake City			
	Plan general		Plan HDHP	
* Los miembros pagan los montos de facturación de saldo por los servicios fuera de la red				
Beneficio	Dentro de la red	* Fuera de la red	Dentro de la red	* Fuera de la red
Deducible <u>individual</u> (por año calendario)	\$1,800	\$3,600	\$2,000	
Deducible <u>para la cobertura de dos personas</u> (por año calendario)	\$3,600	\$7,200	Ver la opción de cobertura familiar	
Deducible <u>para la cobertura familiar</u> (por año calendario)	\$5,400	\$10,800	\$4,000	
Desembolso máximo por servicios médicos <u>para la cobertura individual</u> (por año calendario)	\$5,500	\$11,000	\$5,500	
Desembolso máximo por servicios médicos <u>para la cobertura de dos personas</u> (por año calendario)	\$11,000	\$22,000	Ver la opción de cobertura familiar	
Desembolso máximo por servicios médicos <u>para la cobertura familiar</u> (por año calendario)	\$11,000	\$22,000	\$11,000	
Visitas al consultorio: médico de atención primaria	\$40 sin deducible	45 % después del deducible	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Visita al consultorio: especialista	\$55 sin deducible	45 % después del deducible	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Visita ampliada al consultorio	Incluida	45 % después del deducible	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Servicios preventivos	* Pagados en un 100 %	45 % después del deducible	* Pagados en un 100 %	45 % después del deducible
Servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio y radiografías)	Se aplica un beneficio de \$400; luego, el deducible y coseguro	Se aplica un beneficio de \$400; luego, el deducible y coseguro	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Servicios de hospital durante una internación	30 % después del deducible	45 % después del deducible	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	30 % después del deducible	45 % después del deducible	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Centro quirúrgico ambulatorio	20 % después del deducible	45 % después del deducible	20 % después del deducible	45 % después del deducible
Sala de emergencias	\$250 sin deducible	\$250 sin deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible
Servicios de ambulancia	30 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible
Atención urgente	\$55	45 % después del deducible	30 % después del deducible	45 % después del deducible
Número de teléfono de Servicio al Cliente de Regence: 866-240-9580 Sitio web: www.regence.com				

Beneficios de medicamentos con receta

	Plan GENERAL		Plan HDHP	
	Dentro de la red	* Fuera de la red	Dentro de la red	* Fuera de la red
Deducible	\$300 para la cobertura individual/ \$600 para la cobertura de dos personas/ \$900 para la cobertura familiar		70%/30 % AMD	
Desembolso máximo para medicamentos con receta	Incluido en el OOP máximo por servicios médicos		Incluido en el OOP máximo por servicios médicos	
Medicamentos genéricos preferidos	\$10, sin deducible	* Por lo general, los miembros tienen que pagar los medicamentos y presentar el reclamo a Regence para que lo procesen	30 % AMD	* Por lo general, los miembros tienen que pagar los medicamentos y presentar el reclamo a Regence para que lo procesen
Medicamentos genéricos no preferidos	20 % hasta \$150, sin deducible			
Medicamentos de marca preferidos	25 % hasta \$100 APD			
Medicamentos de marca no preferidos	35 % hasta \$150 APD			
Medicamentos de especialidad preferidos	25 % hasta \$250 para genéricos y preferidos APD			
Medicamentos de especialidad no preferidos	25 % hasta \$300 para los no preferidos APD			
Medicamentos compuestos	50 % hasta alcanzar el OOP máximo por servicios médicos, APD			

Teléfono de Servicio al Cliente
de Regence: 866-240-9580
Sitio web: www.regence.com

Cobertura dental: Expressions Dental

	Incluida en el plan GENERAL y en el plan HDHP	
	Dentro de la red	* Fuera de la red
Deducible	\$50 (x 3 para la cobertura familiar)	
Servicios preventivos	100 %	100 % del monto permitido
Servicios básicos	80 %	80 % del monto permitido
Servicios de mayor complejidad	50 %	50 % del monto permitido
Máximo anual	\$1,500	
Ortodoncia Máximo de por vida para adultos y niños *NUEVO BENEFICIO*	\$1,000	

Teléfono de Servicio al Cliente
de Regence: 866-240-9580
Sitio web: www.regence.com

- * Los miembros pagan todos cargos de facturación de saldo por toda la atención que reciban de proveedores médicos, dentales y de medicamentos con receta no participantes.
- APD = Después del deducible de farmacia. AMD = Después del deducible del plan médico. OOP = Desembolso.
- Limitación de responsabilidad: La presente información se brinda únicamente a modo de breve resumen. Consulte los documentos del plan de Regence para conocer los beneficios, las limitaciones y las exclusiones reales. Si hubiera discrepancias, regirán los documentos del plan.



¿Quién cumple los requisitos?

Si es empleado de la Diócesis (y trabaja un mínimo de 30 horas por semana), cumple los requisitos para inscribirse en los beneficios descritos en esta guía y para inscribir a sus dependientes, es decir, a su cónyuge e hijos, siempre que estos cumplan los requisitos. Los nuevos empleados cumplen los requisitos a partir del primer día del mes después de 30 días de empleo. Los trabajadores independientes (aquellos contratados que deben completar formulario 1099 del Servicio de Impuestos Internos) y los empleados que trabajan menos de 30 horas por semana NO cumplen los requisitos para inscribirse.

Cómo inscribirse

Todos los empleados que cumplan los requisitos DEBEN inscribirse a través del sistema Paylocity durante el período de inscripción abierta.

Los empleados que quieran inscribirse, o aquellos que ya están inscritos pero quieren cambiarse de plan o de red, deberán completar una nueva solicitud de inscripción en su totalidad, Y también deberán hacerlo en línea, en Paylocity.

Si usted cumple los requisitos y no está inscrito en la cobertura, o si es un empleado recién contratado o que recién pasa a reunir los requisitos, lo primero que debe hacer es repasar las opciones de beneficios médicos que se le ofrecen. También debe considerar si va a incluir en la cobertura a sus dependientes que cumplen los requisitos (es decir, a su cónyuge legal o a hijos menores de 26 años). Elija sus beneficios y una red, complete una solicitud de inscripción y, además, inscribese en línea a través de Paylocity. No podrá cambiar las opciones elegidas hasta el próximo período de inscripción abierta para planes de cafetería, y el cambio entrará en vigor el 1.º de enero posterior, salvo que ocurra un hecho de vida calificador.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE ENTREGARLE LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A SU EMPLEADOR PARA GARANTIZAR QUE SE PROCESA DE MANERA ADECUADA Y OPORTUNA

Regence Dental, plan Expressions Dental: ¡El máximo anual dental aumentará a \$1,500 y agregará un nuevo beneficio máximo vitalicio de ortodoncia de \$1,000 para 2025! La opción de cobertura dental se incluye en la opción de cobertura médica y no se puede adquirir por separado.

Beneficios de medicamentos con receta: Tanto el plan GENERAL como el plan HDHP incluyen beneficios de medicamentos con receta. El diseño del plan de medicamentos con receta cambia para ambas opciones de plan. Los medicamentos con receta que cubre el plan HDHP están sujetos al deducible del plan médico. Consulte el *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)* para obtener más información.





Cuándo inscribirse

El período de inscripción abierta se extiende desde el 31 de octubre hasta el 15 de noviembre de 2024. Los beneficios que elija durante la inscripción abierta tendrán vigencia desde el 1.º de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Lea cuidadosamente todos los avisos incluidos en esta guía y comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos de la Diócesis si tiene preguntas.

Cómo realizar cambios

A menos que le ocurra un evento especial calificador para una inscripción, no es posible modificar los beneficios antes de impuestos que haya elegido para el año del plan 2025.

Los cambios de estado calificadores incluyen los siguientes: matrimonio; divorcio; nacimiento o adopción de un hijo; cambio en el estado de dependiente de un hijo; fallecimiento del cónyuge, de un hijo o de otro dependiente que cumple los requisitos; cambio de residencia debido a un traslado laboral para usted o su cónyuge; comienzo o finalización de los trámites de adopción; cambio en los beneficios o la situación laboral de su cónyuge.



¿Quién paga los beneficios?

BENEFICIO	QUIÉN LO PAGA	ESTADO TRIBUTARIO
Plan de salud	La Diócesis Católica y usted	Antes de impuestos

La Diócesis Católica contribuye a la prima. El empleado paga el saldo restante de la prima. Además, tiene la opción de adquirir cobertura para sus dependientes que cumplen los requisitos (cónyuge legal e hijos menores de 26). Usted paga su parte de la prima antes de impuestos a través de deducciones de nómina.

Consulte al Departamento de Recursos Humanos si tiene preguntas sobre las contribuciones cuando va a agregar dependientes a la cobertura durante la inscripción abierta. También, si usted y su cónyuge trabajan para la Diócesis y ambos quieren inscribirse en un único contrato para dos personas o en un contrato familiar.



Preguntas y respuestas

La inscripción abierta se llevará a cabo desde el 31 de octubre hasta el 15 de noviembre.

- Todos los empleados que cumplan los requisitos deben completar la inscripción abierta en línea, en Paylocity.
- Si recién cumple los requisitos o si es la primera vez que se inscribe en el plan de salud de la Diócesis, debe completar la inscripción en línea a través de Paylocity y, además, llenar un formulario impreso de inscripción para presentarlo a Regence.
- Si ya está inscrito en el plan con cobertura solo para usted, el empleado, y quiere agregar dependientes que cumplen los requisitos, debe completar un nuevo formulario de inscripción en línea, a través de Paylocity, y también completar uno impreso para presentarlo a Regence.
- Si va a continuar trabajando en la Diócesis, pero se cambia de ubicación, debe coordinar con el gerente de Recursos Humanos/Finanzas de la nueva ubicación para que contacten a Regence y transfieran la cobertura médica a su nueva ubicación. No se puede modificar la cobertura del plan fuera del período de inscripción abierta, salvo que el cambio se deba a un evento especial calificador.

¿Recibirá nuevas tarjetas de identificación?

- No. Solo se emiten nuevas tarjetas de identificación para los empleados recién inscritos y para aquellos que modificaron su cobertura. En cuanto reciba las tarjetas de identificación, siempre revise que los datos sean correctos. Únicamente destruya las tarjetas viejas después de haber recibido las nuevas.
- Es necesario que en los registros de Regence conste su dirección actual. De lo contrario, no recibirá la tarjeta nueva. Informe a su empleador sus cambios de dirección para que puedan enviar la información actualizada a Regence.
- La dirección postal para el envío de las *Explicaciones de beneficios* por los servicios médicos recibidos debe ser la de su hogar, no la del trabajo.

¿Dónde puedo encontrar información sobre los proveedores de las redes ValueCare (PVC) y Participating (PAR)?

- Puede encontrar esa información en www.regence.com.

Cobertura de la red 2025: Participantes y ValueCare preferido



Incluye más de 2 millones de proveedores en todo el país. Busque proveedores en [regence.com](https://www.regence.com) o [bcbs.com](https://www.bcbs.com).

Red participante (PAR) y Nacional BlueCard®: Nuestra red más completa, que comprende los 56 hospitales de Utah y 17,000 proveedores y profesionales, incluidos Intermountain Healthcare y la Universidad de Utah, grupos multi especializados en todo el estado y todas las ubicaciones de atención de urgencia.

Todas las redes incluyen la mayoría de los centros quirúrgicos y de diagnóstico por imágenes independientes, ubicaciones de atención de urgencia, proveedores y clínicas, incluidos los proveedores de Atención Total/Costo Total de la Atención (TCC).

Los Proveedores TCC incluyendo a: Revere Health, Granger Medical Clinic, Foothill Family Clinic, Tanner Clinic, MountainStar-HCA, Aledade, CommonSpirit Hospital - Utah Health Network y el Ogden Clinic.

Preferred ValueCare (PVC) y la red nacional BlueCard® PPO: Incluye 46 hospitales estatales de Utah y más de 16,000 proveedores e instalaciones, incluidos HCA MountainStar, University of Utah y CommonSpirit Hospital-Utah Health Network, junto con todos los principales grupos de múltiples especialidades.

HOSPITAL	PAR	PVC
Alta View Hospital - Intermountain	X	
American Fork Hospital - Intermountain	X	
Ashley Regional Medical Center	X	X
Bear River Valley Hospital - Intermountain	X	X
Beaver Valley Hospital	X	X
Blue Mountain Hospital	X	X
Brigham City Community Hospital - MountainStar	X	X
Cache Valley Hospital - MountainStar	X	X
Castleview Hospital	X	X
Cedar City Hospital - Intermountain	X	X
Central Valley Medical Center	X	X
CommonSpirit Holy Cross Hospital - Davis	X	X
CommonSpirit Holy Cross Hospital - Jordan Valley	X	X
CommonSpirit Holy Cross Hospital - Jordan Valley West	X	X
CommonSpirit Holy Cross Hospital - Mountain Point	X	X
CommonSpirit Holy Cross Hospital - Salt Lake	X	X
Delta Community Hospital - Intermountain	X	X
Fillmore Community Hospital - Intermountain	X	X
Garfield Memorial Hospital - Intermountain	X	X
Gunnison Memorial Hospital	X	X
Heber Valley Hospital - Intermountain	X	X
Huntsman Cancer Institute - U of U	X	X
Huntsman Mental Health Institute - U of U	X	X
Intermountain Medical Center - Intermountain	X	
Kane County Hospital	X	X
Lakeview Hospital - MountainStar	X	X
Layton Hospital - Intermountain	X	

HOSPITAL	PAR	PVC
LDS Hospital - Intermountain	X	
Logan Regional Hospital - Intermountain	X	X
Lone Peak Hospital - MountainStar	X	X
McKay-Dee Hospital - Intermountain	X	
Milford Memorial Hospital	X	X
Moab Regional Hospital	X	X
Moran Eye Center	X	X
Mountain View Hospital - MountainStar	X	X
Mountain West Medical Center	X	X
Ogden Regional Medical Center - MountainStar	X	X
Orem Community Hospital - Intermountain	X	
Park City Hospital - Intermountain	X	X
Primary Children's Hospital	X	X
Primary Children's Hospital - Lehi	X	X
Riverton Children's Unit	X	X
Riverton Hospital - Intermountain	X	
San Juan County Hospital	X	X
Sanpete Valley Hospital - Intermountain	X	X
Sevier Valley Hospital - Intermountain	X	X
Shriners Hospital	X	X
Spanish Fork Hospital - Intermountain	X	
St. George Regional Hospital - Intermountain	X	X
St. Mark's Hospital - MountainStar	X	X
Timpanogos Regional Hospital - MountainStar	X	X
Uintah Basin Medical Center	X	X
University of Utah Hospital	X	X
University of Utah Neuropsychiatric	X	X
University of Utah Ortho Center	X	X
Utah Valley Hospital - Intermountain	X	



Regence BlueCross Escudo Azul de Utah es Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross Escudo Azul de Utah
2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City,
UT 84121

Esta información está diseñada para ayudarlo a elegir un centro médico. Los enumerados podrían estar sujetos a cambios.

REG-UT-1391377-24/08-PAR-PVC
© 2024 Regence BlueCross BlueShield of Utah



Opciones de planes médicos de 2025 para la Diócesis Católica de Salt Lake City

Primas mensuales	Para empleados que trabajan más de 30 horas: Plan general		Para empleados que trabajan más de 30 horas: Plan HDHP	
	Red Valuecare	Red Participating	Red Valuecare	Red Participating
COBERTURA INDIVIDUAL				
Contribución del empleado	\$ 64.00	\$ 94.00	\$ 8.00	\$ 40.00
Contribución del empleador	\$ 890.00	\$ 890.00	\$ 890.00	\$ 890.00
Total facturado por la prima	\$ 954.00	\$ 984.00	\$ 898.00	\$ 930.00
COBERTURA PARA DOS PERSONAS				
Contribución del empleado	\$ 436.00	\$ 482.00	\$ 364.00	\$ 406.00
Contribución del empleador	\$ 908.00	\$ 908.00	\$ 908.00	\$ 908.00
Total facturado por la prima	\$ 1,344.00	\$ 1,390.00	\$ 1,272.00	\$ 1,314.00
COBERTURA FAMILIAR				
Contribución del empleado	\$ 1,050.00	\$ 1,118.00	\$ 922.00	\$ 994.00
Contribución del empleador	\$ 1,126.00	\$ 1,126.00	\$ 1,126.00	\$ 1,126.00
Total facturado por la prima	\$ 2,176.00	\$ 2,244.00	\$ 2,048.00	\$ 2,120.00

Consulte al Departamento de Recursos Humanos si tanto usted como su cónyuge trabajan para la Diócesis.

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD: ESTAS CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADO Y DEL EMPLEADOR SON UN CÁLCULO ESTIMADO QUE SE BASA EN LA PÓLIZA DE LA DIÓCESIS. SI HUBIERA DISCREPANCIAS EN LAS TARIFAS, PREVALECE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA DIÓCESIS.

Cuenta de gastos flexibles

¿Por qué elegir una cuenta de gastos flexible (FSA)?

Una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) le permite ahorrar dinero al reservar dólares antes de impuestos para pagar los gastos médicos, dentales, de la vista y de cuidado de dependientes elegibles en los que incurran usted, su cónyuge o sus dependientes elegibles.



Lleve más dinero a casa

Poner dinero en una FSA disminuye su ingreso imponible, lo que significa que se llevará a casa más dinero.



Planifique mejor los gastos de salud

Gaste sus fondos en los gastos de salud subvencionables en los que incurra a lo largo del año. El IRS tiene una regla de "úselo o piérdalo" para las FSA, lo que significa que los fondos deben gastarse al final del año del plan, a menos que su empleador ofrezca un período de gracia o prórroga.



Flexibilidad

Puede utilizar sus fondos para sufragar los gastos admisibles ocasionados por usted, su cónyuge o las personas a su cargo que reúnan los requisitos. Miles de productos y servicios pueden acogerse a la FSA. (Los gastos subvencionables los determina el IRS).



Fondos el día 1

Todo el dinero de su FSA está disponible el primer día del año del plan. Por ejemplo, si elige contribuir con \$1,200 a su FSA, sus contribuciones se deducirán de manera uniforme en todos sus cheques de pago del año, pero tiene acceso a todos \$1,200 el día 1.



¿Puedo inscribirme?

Sí, siempre y cuando usted o su cónyuge no estén inscritos activamente y contribuyan a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

Límites de las cotizaciones + normativa IRS

El IRS establece la cantidad máxima en dólares que puede elegir para contribuir a una FSA médica.

El límite de cotización anual para 2025 es de \$3300

Consejo: Revise cuánto gasta en gastos de atención médica elegibles cada año para determinar cuánto elegir.

Cambiar de elección

Para poder hacer modificaciones después del período de inscripción abierta, es necesario que ocurra un hecho de vida calificador. Estos son algunos de los hechos calificadores:

- Cambio de estado civil o de número de personas a cargo
- Aumento por nacimiento, adopción, o matrimonio
- Disminución por fallecimiento, divorcio, o pérdida del derecho a percibir prestaciones
- Ganancia o pérdida de elegibilidad debido a un cambio en la situación laboral del participante, cónyuge, o o dependiente

(Si se produce un hecho calificador en su vida, contacte a su empleador para modificar la opción elegida).

Sus ahorros pueden aumentar rápidamente

Aquí hay un ejemplo basado en un gasto anual de \$2,850 y una tasa impositiva efectiva del 30%.



\$1,850



\$500



\$500

Ahorro fiscal anual

\$855

1. De acuerdo con las pautas del Servicio de Impuestos Internos de los EE. UU., cada empleado puede contribuir con un máximo de \$3,050 por año del plan. Para mayor información visite <http://www.irs.gov/>
2. Los ahorros fiscales dependen de su ingreso anual y categoría impositiva. Ejemplo sólo con fines de demostración.



FSA para cuidado de dependientes

¿Por qué debería elegir una FSA para el cuidado de dependientes?

Una FSA para el cuidado de dependientes le permite reservar una parte de su cheque de pago antes de impuestos para gastos elegibles de cuidado de dependientes cada año.



Ahorra dinero

La FSA para el cuidado de dependientes le permite pagar los gastos elegibles para el cuidado de dependientes mientras obtiene los beneficios de ahorros fiscales adicionales. Te gastas el dinero de cualquier manera. De esta manera, los costos elegibles de cuidado infantil y otros cuidados de dependientes son un poco menores.



Ahorrar estratégicamente

Presente todos sus gastos de cuidado de dependientes al final del año del plan para obtener un reembolso de una suma global y así obtener un "bono" ganado con esfuerzo.



Dato importante

Para los gastos recurrentes, envíe nuestro formulario Recurring Dependent Care Form.

Simplifica la presentación de reclamos porque solo necesita enviar un formulario una vez para recibir un reembolso en cada período de pago.

¿Qué cubre el programa?

La lista incluye, entre otros, los elegibles:

- Guardería, babysitter, niñera (desde el nacimiento hasta los 12 años)
- Campamento de día para el verano
- Cuidado antes o después del colegio
- Cuidado de personas dependientes discapacitadas y/o del cónyuge
- Cuidados a personas mayores

¿Puedo inscribirme?

Usted es elegible si usted y / o su cónyuge (si corresponde) tienen un empleo remunerado, buscan trabajo o asisten a la escuela a tiempo completo.

FSA para cuidado de dependientes

Límites de contribución y reglamentaciones del IRS

El IRS establece la cantidad máxima en dólares que puede elegir y contribuir a una cuenta de gastos elegible para el cuidado de dependientes (dependentcareFSA). Límite de contribución anual para IS:

- Por hogar: \$5000.00
- Por persona (si está casado y presenta la declaración por separado): \$2500.00

Aunque la mayoría de las personas incurren en más del límite por año, recomendamos revisar cuánto gasta en gastos de cuidado de dependientes elegibles cada año para determinar su relación.



Los fondos están disponibles al instante

Usted dispone de los fondos en el instante en que se deducen de su salario y se contribuyen al plan. Eso quiere decir que en cuanto se procesa la nómina y recibe su salario, se hacen las contribuciones a su FSA para cuidado de dependientes y los fondos quedan en la cuenta disponibles para reembolsarle los gastos.



Si no usa el dinero, lo pierde

No olvide gastar su dinero para el cuidado de personas dependientes. Si no ha utilizado todos sus fondos antes del final del año del plan, perderá el dinero que quede en su cuenta. (Consulte con su empleador para confirmar cuántos días tiene para presentar reclamos de reembolso después de que finalice el año del plan.)



Dato importante

Una excelente manera de no tener que ocuparse constantemente de la cuenta es presentar el formulario de gastos recurrentes del cuidado de dependientes. Así, presenta un único reclamo para todo el año y le reembolsan los gastos después de cada pago de nómina.

Modificaciones en la FSA para cuidado de dependientes

Para realizar cambios en su elección después de la inscripción abierta, debe experimentar un evento de vida que califique. (Si experimenta un evento de vida que califica, comuníquese con su empleador para hacer cambios en su elección.) Estos eventos incluyen:

- Cambio de estado civil
- Cambio en la cantidad de dependientes
- Aumento por nacimiento, adopción o matrimonio
- Reducción de la familia por fallecimiento o divorcio, o algún integrante deja de cumplir los requisitos necesarios
- Cambio en la situación laboral del cónyuge o de algún dependiente que provoca que cumplan (o dejen de cumplir) los requisitos necesarios
- Cambio con respecto a los proveedores de cuidado diurno
- Niños de 13 años
- Aumento o disminución de los costos correspondientes a gastos autorizados para el cuidado diurno
- Sentencia, decreto u orden judicial que exija un cambio en la cobertura

Cuenta de ahorros de salud

¿Por qué elegir una cuenta de ahorro de salud (HSA)?

Una HSA le permite elegir cuánto de su cheque de pago le gustaría reservar, antes de retirar los impuestos, para gastos de atención médica o usarlo como herramienta de ahorro para la jubilación. Este plan ofrece ahorros fiscales que un 401(k) y una IRA no ofrecen, lo que lo convierte en una opción poderosa para diversificar su cartera de jubilación.



Es suyo.

Una HSA no es una cuenta de "úsala o piérdela". Los fondos no gastados se transfieren cada año, y la cuenta sigue siendo suya incluso cuando cambia de empleador. Cuando cumpla 65 años, puede retirar dinero (sin penalización) y usarlo para cualquier cosa, incluidos los gastos no relacionados con la atención médica.



Gastar, ahorrar e invertir

Sus fondos pueden gastarse en gastos de atención médica elegibles actuales, guardarse para futuras necesidades de atención médica o invertirse para la jubilación. ¿Quieres hacer las tres cosas? Establezca su umbral de inversión para reflejar el monto de su deducible e invierta cualquier contribución por encima de él para acumular sus ahorros para la jubilación.



Flexibilidad

Puede ajustar sus retenciones o cotizaciones en cualquier momento, sin hacer preguntas.



Ahorre en impuestos de 3 maneras

El dinero que usted aporta, sus ganancias de inversiones y los retiros de gastos elegibles están libres de impuestos.

Límites de contribución y reglamentaciones del IRS

El IRS establece el importe máximo en dólares que puede elegir y aportar a una HSA. El límite anuales de contribución es:

Cobertura individual - \$4.300,00

Cobertura familiar - \$8.550,00

Tenga en cuenta: Si tiene 55 años o más, es elegible para hacer una contribución anual de actualización, que le permite contribuir un monto adicional 1.000 \$ además de los límites anuales de cotización anteriores. Para determinar su contribución, le recomendamos establecer una meta sobre para qué planea usar su HSA. Tenga en cuenta que no está sujeto a esa decisión y que puede cambiar el monto de su contribución en cualquier momento.

¿Qué cubre el programa?

Hay miles de artículos subvencionables. La lista incluye, entre otros

- Copagos, coseguros, seguros Primas
- Visitas al médico y operaciones quirúrgicas
- Medicamentos de venta libre (primeros auxilios, alergia, asma, resfriado/gripe, acidez estomacal, etc.)
- Medicamentos con receta
- Clases de preparación al parto
- Odontología, ortodoncia y oftalmología gastos, como marcos, lentes de contacto, gafas de sol graduadas, etc.

¿Puedo inscribirme?

Debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto (HDHP) para poder inscribirse en la HSA. No tiene derecho a una HSA si:

- Le reclaman como dependiente en los impuestos de otra persona.
- Está cubierto por otro plan que entre en conflicto con el HDHP, tales como Medicare, una FSA médica, o seleccionar las HRAs.
- Usted o su cónyuge están contribuyendo a una FSA médica.



Regence



UTAH



REGENCE.COM Y APLICACIÓN DE REGENCE

El cuidado de salud es confuso. Su cuenta de Regence tiene las respuestas.

Cuando se trata de manejar su cuidado de salud, usted se merece más apoyo y menos complejidad. Por eso, Regence ofrece una experiencia digital personalizada en regence.com y en la aplicación.

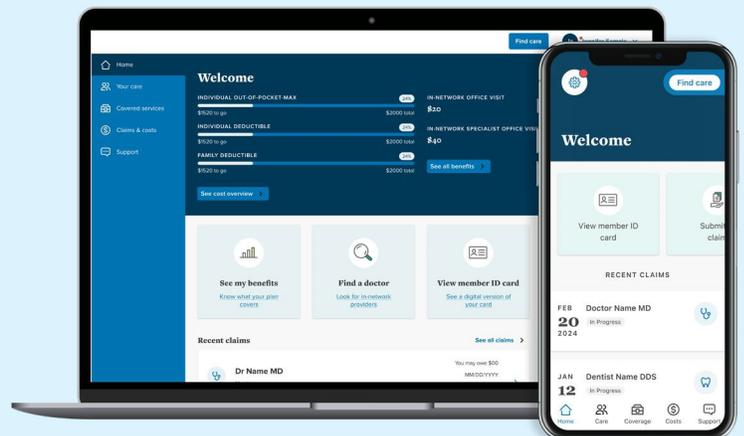
Una experiencia, cualquier dispositivo

Revise sus reclamos, vea sus beneficios, encuentre un proveedor dentro de la red y conocimientos personalizados, también puede usar el chat para comunicarse con Servicio al Cliente.

Todo esto directamente desde su propia pantalla de inicio—una manera conveniente para cuidarse y ahorrar dinero en el proceso.

¡Empieza!

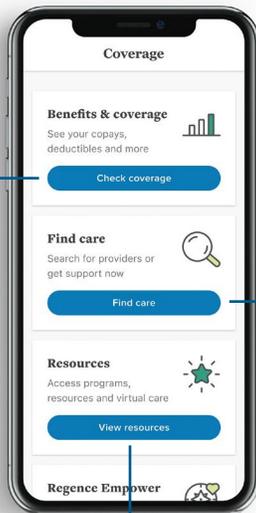
Para crear una cuenta, vaya a regence.com o baje la aplicación de Regence. Lo único que necesita es su tarjeta de identificación de miembro para comenzar.



Más claridad

Averigüé la cobertura de su plan de salud. Vea sus copagos, coseguro y resumen de beneficios y cobertura para más detalles de cuanto pagará por los servicios.

Localice proveedores dentro de su red, acceda cuidado virtual y puede explorar todos sus beneficios, programas y recursos disponibles a usted.



Conozca su cobertura

Explorar programas

Busqué proveedores

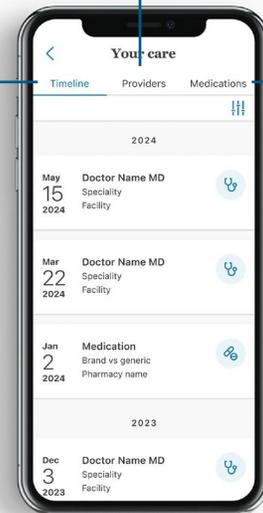
Su historial de salud de un vistazo

Vea su historial de salud en una línea de tiempo cronológica. Vea sus visitas médicas anteriores, trabajos de laboratorio, rellenos de medicamentos con receta* y más para usted y miembros de su familia en el plan.

Vea su historial de salud

Busqué a su proveedor

Vea sus medicamentos



*Las características y la funcionalidad pueden variar según su plan de seguro.

Regence BlueCross BlueShield of Utah
is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Utah
2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City, UT 84121

REG-UT-1147928-24/10-SP
© 2024 Regence BlueCross BlueShield of Utah

Regence complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711).



Encuentre la asistencia adecuada al precio justo: Guía paso a paso

La salud no debería ser un quebradero de cabeza. Con nuestras herramientas fáciles de usar en **regence.com** y en la aplicación Regence, usted puede hacer las cosas que necesita hacer, sin complicaciones.

Cómo buscar un proveedor dentro de la red

Si permanece en la red, ahorrará dinero y evitará facturas médicas sorpresa. A continuación le indicamos cómo buscar médicos, especialistas y clínicas de su red.

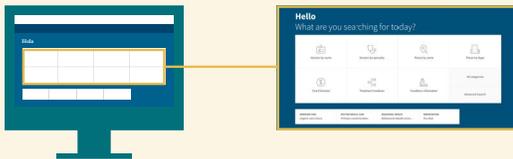
Paso 1: regístrese en : **regence.com**.

Paso 2: Haga Click en **Encontrar un Doctor**.



Find a doctor
Look for providers in your network

Paso 3: Elija una categoría de búsqueda (*Médicos por nombre, Médicos por especialidad, etc.*), e introduzca el término de búsqueda.



Hello
What are you searching for today?

Paso 4: Seleccione **Más filtros** para acotar los resultados por distancia, sexo, idiomas hablados, etnia y más.



General Physician

Paso 5: Elija un proveedor para ver más detalles, incluidas las opiniones de otros pacientes.



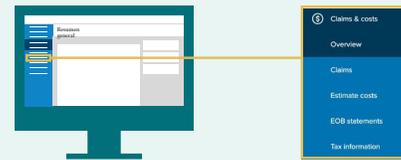
Reviews
100% recommend this provider

Cómo obtener una estimación de costo

Obtenga ayuda para tomar las decisiones financieras correctas con los costes estimados de las visitas al consultorio, imágenes, cirugías, vacunas, fisioterapia y más, todo basado en sus beneficios.

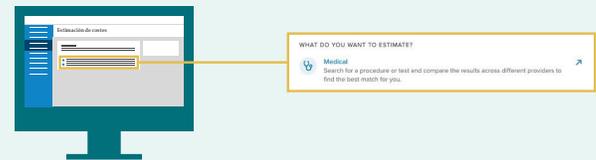
Paso 1: regístrese en : **regence.com**.

Paso 2: Haga Click en **Reclamos y costos** en el menú de la izquierda, y luego **Estimar costos**.



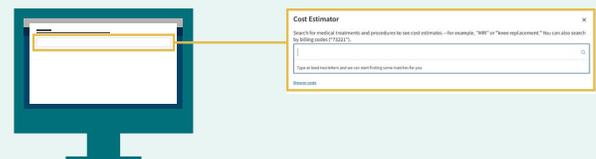
Claims & costs
Overview
Claims
Estimate costs
EOB statements
Tax information

Paso 3: Elija **Médico** en "¿Qué quieres estimar?"



WHAT DO YOU WANT TO ESTIMATE?
Medical
Search for a procedure or test and compare the results across different providers to find the best match for you.

Paso 4: Introduzca el servicio, tratamiento o procedimiento para el que desea un presupuesto, como "resonancia magnética" o "prótesis de rodilla".



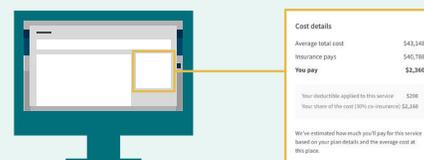
Cost Estimator
Search for medical treatments and procedures to see cost estimates - for example, "MRI" or "knee replacement." You can also search by ICD procedure ("72222").
Type or text to estimate and we can identify some matches for you.
Keywords

Paso 5: Seleccione **más filtros** para restringir los resultados.



Knee Replacement (Total, Outpatient) \$2,360

Paso 6: Haga Click en **más detalles** debajo de cada coste estimado para ver un desglose de precios.



Cost details
Average total cost \$43,240
Insurance pays \$40,780
You pay \$2,360
Your deductible applied to this service \$200
Your share of the cost (20% co-insurance) \$2,360
We've estimated how much you'll pay for this service based on your plan details and the average cost at this price.

Cómo utilizar estas herramientas en la aplicación Regence

Con la aplicación Regence para iPhone y Android, puede acceder a estas herramientas, así como a toda la información de su plan de salud, cuando esté fuera de casa.

To find in-network providers:

Paso 1: Descargue la aplicación si aún no lo ha hecho e inicie sesión con su cuenta Regence existente.

Paso 2: En la pantalla de inicio, pulsa **Buscar atención**.



Paso 3: Desplácese hacia abajo hasta **Buscar un proveedor**, y luego seleccione **Médico**.



Paso 4: Elija su categoría de búsqueda e introduzca el término buscado. Seleccione **Filtro** para restringir los resultados.



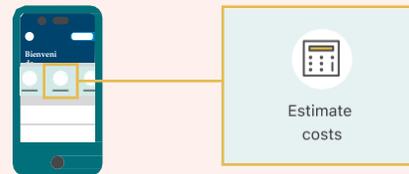
Paso 5: Elija un proveedor para ver más detalles, incluidas las opiniones de otros pacientes.



Para obtener una estimación de costes:

Paso 1: Descargue la aplicación si aún no lo ha hecho e inicie sesión con su cuenta Regence existente.

Paso 2: En la pantalla de inicio, pulsa la **sección Estimar coste**.



Paso 3: Seleccione **Médico**.



Paso 4: Introduzca el servicio, tratamiento o procedimiento para el que desea un presupuesto. Seleccione **Filtro** para restringir los resultados.



Paso 5: Pulse **Más detalles** debajo de cada coste estimado para ver un desglose de los precios.



Regence BlueCross Escudo Azul de Utah
es Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross Escudo Azul de Utah
2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City, UT 84121

REG-UT-102026-23/03rep | 02026-20
© 2023 Regence BlueCross BlueShield of Utah

Regence cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711).

Conozca sus opciones de salud conductual



Si usted o un ser querido se enfrentan a un desafío de salud conductual—de ansiedad y depresión a un trastorno de alimentación o uso y abuso de sustancias—nosotros queremos que sea fácil obtener cuidado. Usted puede encontrar proveedores dentro de la red en [regence.com](https://www.regence.com). (Algunos servicios no están disponibles en todos los planes.)

Hay ayuda disponible. No se necesita una referencia.

¿Pensamientos suicidas? Llame al 988—Línea Nacional de Suicidio y Crisis—disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Atención en persona

Vaya a [regence.com](https://www.regence.com) para encontrar un médico y estas opciones dentro de la red:

- Médicos privados con una variedad de experiencia, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros con licencia y más
- Atención hospitalaria
- Programas ambulatorios

Atención virtual

- **AbleTo Therapy+** Para una serie única de 8 semanas de sesiones de terapia con apoyo digital entre sesiones para las edades mayores de 18 años: [AbleTo.com](https://www.ableto.com) o 1-866-287-1802
- **Array** se especializa en psiquiatras y servicios de consejeros para las edades mayores de 5 años: [arraybc.com](https://www.arraybc.com)
- **Charlie Health** para un Programa Intensivo Ambulatorio para el tratamiento de individuos entre las edades de 11 a 34 años de edad con necesidades de salud conductual: [charliehealth.com](https://www.charliehealth.com)
- **Equip** para el tratamiento de todos los trastornos alimentarios para todas las edades: [equip.health](https://www.equip.health)
- **NOCD** se especializa en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo para las edades mayores de 6 años: [treatmyocd.com](https://www.treatmyocd.com)
- **Talkspace** se especializa en asesoramientos para necesidades generales de la salud conductual para las edades mayores de 13 años, y psiquiatra/manejo de medicamentos para mayores de 18 años: [talkspace.com](https://www.talkspace.com)

Trastorno por uso de sustancias

- **Boulder Care** para el tratamiento ambulatorio virtual: [boulder.care](https://www.boulder.care) o 1-866-901-4860
- **Hazelden Betty Ford** para servicios hospitalarios y ambulatorios. Atención virtual también está disponible: [hazeldenbettyford.org](https://www.hazeldenbettyford.org) o 1-877-859-2124

Emparejamiento de proveedores

- **Headway** para encontrar un terapeuta dentro de la red y reservar su próxima cita virtual o en persona para las edades mayores de 6 años: [headway.com](https://www.headway.com)

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Pregúntele a su equipo de Recursos Humanos si su plan incluye EAP. Rápidamente pone apoyo profesional en sus manos sin costo adicional para usted. Obtenga una variedad de servicios para el apoyo de sus necesidades de salud mental, bienestar emocional y equilibrio de la vida.



Servicios al Cliente está aquí para usted

¿Necesita más ayuda para encontrar la atención adecuada? Nuestro compasivo equipo está listo para ayudar. Simplemente llámenos al número detrás de su tarjeta de identificación de miembro.

La información de recursos está actualizada a partir de junio 2024.

Boulder Care en una compañía por separado que proporciona servicios del tratamiento de adicción y del uso y abuso de sustancias. AbleTo y Talkspace son compañías por separado que proporcionan servicios de salud mental.



Regence BlueCross BlueShield of Utah
is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Utah
2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City, UT 84121

REG-UT-1009926-24/08-SP
© 2024 Regence BlueCross BlueShield of Utah

Regence complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711).



Reciba cuidados virtuales, las 24 horas todos los días del año

MDLIVE le pone la atención médica al alcance de la mano

Consulte con un doctor por teléfono o video

A veces el ver a un doctor no es conveniente, usted no tiene tiempo, el consultorio está cerrado o usted está en la calle. La buena noticia es que su plan de salud incluye un beneficio de atención médica virtual provisto por MDLIVE, un líder nacional en telemedicina. Usted puede hablar con un doctor en cualquier momento por teléfono o video, **las 24 horas todos los días del año.***

Atención médica en la que puede contar

Puede consultar con un doctor certificado quien diagnosticará y tratará sus condiciones médicas no de emergencia, podrá prescribirle medicamentos y enviar su receta a la farmacia que usted elija.

En promedio los doctores de MDLIVE tienen 15 años de experiencia practicando medicina y están certificados en el estado donde usted vive. Sus especialidades incluyen medicina general, pediátrica, medicina de emergencia, familiar y dermatología.

Afecciones comunes tratadas a través de una consulta virtual incluyen:

Alergias	Ardor de estómago	Decoloración en la piel
Condiciones crónicas a la piel	Infecciones	Dolor de garganta
Resfrío y gripe	Conjuntivitis	Revisar una mancha en la piel por cáncer
Infección de oído	Erupción en la piel	Quemaduras del Sol
Dolor de cabeza	Sinusitis	Infección urinaria



*Las regulaciones en Idaho requieren que los servicios de telemedicina estén listos para video. Por ley, podrían aplicar restricciones adicionales en otros estados.

Qué es lo que necesita saber

MDLIVE es fácil de usar. Estas son algunas cosas básicas que es bueno saber:

- MDLIVE puede ser una gran opción cuando su niño no se siente bien fuera del horario del consultorio. Sus dependientes necesitarán que un padre o madre esté presente durante la consulta.
- El promedio de espera para conectarlo con un médico es menos de 15 minutos.
- Usted puede utilizar MDLIVE tan frecuentemente como lo necesite.
- Procesaremos cada visita como un reclamo y sus costos contarán hacia su deducible.
- Es más que una línea de consejo de enfermería. Con MDLIVE un doctor podrá diagnosticarle, tratarle y recetarle medicamentos.
- Usted trabajará con un doctor de MDLIVE, no su doctor regular.
- Con permiso suyo, el doctor de MDLIVE compartirá la información de su tratamiento con su doctor regular.

Vaya a MDLIVE.com/regence-ut y regístrese hoy mismo. Le conviene crear una cuenta por internet por adelantado para que cuando necesite atención médica, ya tenga todo listo.

¡Su salud emocional también es importante!

Su beneficio de MDLIVE incluye un programa de salud emocional. Le brinda acceso a especialistas de salud mental para una gran gama de asuntos -desde orientación por duelo, estrés familiar, problemas matrimoniales a otros asuntos que impacten su calidad de vida. Así como el manejo de algunos medicamentos psiquiátricos.

Qué es lo que necesita saber

- Las consultas de salud emocional son ofrecidas con video.
- Las tarifas para una consulta por salud emocional varían dependiendo de sus necesidades y el tipo de proveedor al que usted acceda.
- Las consultas de salud emocional se agendan por adelantado y no son ofrecidas sin reserva como una consulta médica general. Pero usted usualmente puede agendar una consulta de orientación para dentro de un par de días.

Su beneficio de MDLIVE incluye dermatología

Conéctese con un dermatólogo certificado que estará disponible las 24 horas todos los días del año. Reciba una consulta completa, que incluirá una diagnosis, un plan de tratamiento personalizado y cualquier receta que sea necesaria.

Qué es lo que necesitas saber

- Usted responderá unas pocas preguntas básicas y compartirá brevemente detalles de su historia médica. Ahí usted subirá fotos de su piel, uñas o condición de cabello. Un dermatólogo echará un vistazo a las fotos y le responderá.
- Con MDLIVE, podrá recibir respuestas rápidamente. En promedio los miembros reciben una diagnosis y plan de tratamiento de parte de un dermatólogo dentro de 24 horas.
- Para comenzar una consulta, seleccione **Dermatologist** en las opciones de servicio en su tablero de MDLIVE.



MDLIVE es una compañía separada e independiente que provee servicios de telemedicina a los miembros de Regence.

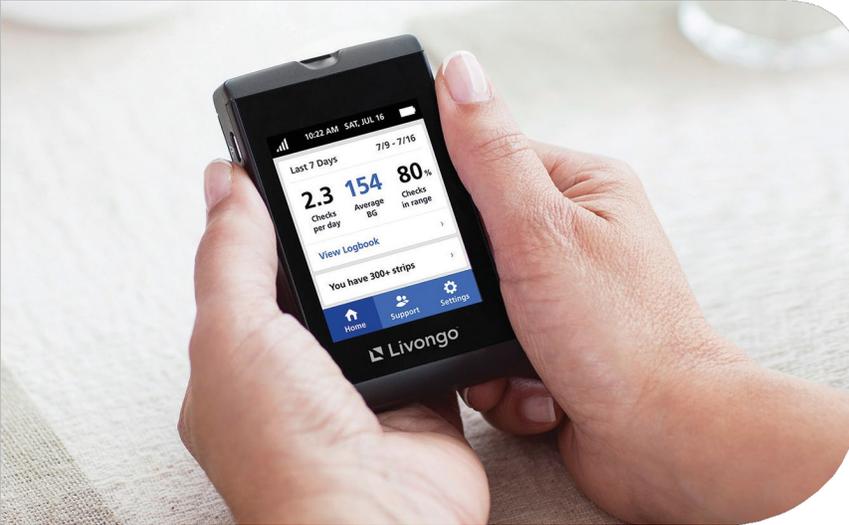
Regence BlueCross BlueShield of Utah
is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Utah
2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City, UT 84121

REG-129998-21/06-UT-SP -BEHrep129998-18
© 2021 Regence BlueCross BlueShield of Utah

Regence complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711)。



Control de la diabetes, a su manera

Obtenga un medidor avanzado de glucosa en sangre y tantas tiras y lancetas como necesite, pagadas por el proveedor de su plan, todo ello sin costo alguno para usted.



Consejos personalizados con cada control de glucemia



Ayuda en tiempo real cuando se encuentra fuera de rango



Reorganización de tiras directamente desde su medidor



Alertas opcionales para mantener informados a sus contactos



Envío de un Informe de Resumen de Salud directamente desde su medidor



Las cargas automáticas significan que se acabaron los registros en papel

Comience ahora mismo

Envíe **“GO UT-REG-HP”** al 85240 para obtener más información y unirse
También puede unirse visitando [Hola.Livongo.com/UT-REG-HP](https://www.livongo.com/UT-REG-HP)
o llame al **800-945-4355** y use el código de registro: **UT-REG-HP**

El programa incluye tendencias y asistencia en su cuenta segura de Livongo y la aplicación móvil, pero no incluye teléfono, tableta ni smartwatch

The Livongo for Diabetes program is offered by Regence to all members and dependents (age 13 and over) with a diagnosis of diabetes or who are on medications that are commonly prescribed for Diabetes and with coverage through the Regence health plan.

Acceda a su programa de bienestar en casa o en marcha.

Regence
Empower®



Descargue la aplicación **Regence Empower®**.

Descargue la aplicación de Regence Empower y mantenga su programa de bienestar siempre a su alcance. Podrá unirse a desafíos divertidos, reclamar recompensas, establecer nuevos objetivos y mucho más, en cualquier momento y en cualquier lugar.

Una vez que haya creado su cuenta [regence.com](https://www.regence.com) descargue la aplicación de Regence Empower y aproveche estas funciones mientras viaja.



Realice su evaluación de salud



Regístrate en un desafío o un programa



- **Establezca metas personales**
- **Canjee recompensas**
- **Participe en desafíos**
- **Sincronize su rastreador de actividad física**
- **Encuentre seminarios web de bienestar**

Escanee el código QR para descargar la aplicación Regence Empower y comience a participar en su viaje de bienestar hoy!

Utilice la aplicación Regence Empower para encontrar todos sus recursos de bienestar. Es diferente a la aplicación de Regence, donde encuentra reclamos e información de beneficios.



Regence BlueCross BlueShield of Utah
is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Regence BlueCross BlueShield of Utah
2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City, UT 84121

REG-UT-1276126-24/08-Empower App-SP
© 2024 Regence BlueCross BlueShield of Utah

Regence complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-344-6347 (TTY: 711).

Aproveche al máximo su beneficio de farmacia

¿Necesita abastecer una receta? ¿No sabe si cambiar su medicamento por uno genérico o si usar el servicio de entrega a domicilio? Aquí le damos unos breves consejos y le presentamos unos programas que le conviene conocer.

Cómo abastecer una receta

Para abastecer una nueva receta o reabastecer una que ya tiene, usted cuenta con nuestra red de más de 65,000 farmacias participantes, en su área y en todo el país.

Muéstrele al farmacéutico su tarjeta de identificación de miembro para que pueda presentarnos su reclamo y decirle cuánto le corresponde pagar a usted.

Programas para que el dinero que gasta en farmacia rinda más

Nuestros programas están diseñados para que usted tenga a su alcance valiosos medicamentos y apoyo relacionado con la salud, dándole, además, la posibilidad de ahorrar.

Lista de medicamentos cubiertos

Cuando hay que elegir medicamentos, es importante saber cómo funciona la lista de medicamentos cubiertos, también llamada "formulario".

La lista de medicamentos cubiertos divide los medicamentos en varios niveles. Cada nivel tiene su propio costo compartido. Antes de agregar un medicamento a la lista, nuestro equipo de médicos y farmacéuticos evalúa detenidamente la seguridad y eficacia del medicamento y determina si va a mejorar la salud.

¿Qué significa esto para usted? Cuando usted sabe si su beneficio le cubre el medicamento y a qué nivel pertenece el medicamento, sabe cuánto tendrá que pagar.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración, calidad y pureza que los de marca. Pero los genéricos pueden costar entre un 20 y un 60 % menos. Así que pregúntele a su médico si hay algún medicamento genérico adecuado para usted.

Entrega a domicilio

Usted puede recibir algunos medicamentos por correo, en el lugar donde prefiera. Por ejemplo, puede usar este beneficio para los medicamentos que toma para tratar alguna enfermedad crónica. Así, no tendrá que ir tantas veces a la farmacia, incluso puede ahorrarse un copago o reducir los costos de desembolso si tiene un coseguro.

Abastecimientos para 90 días

Usted puede obtener suministros para un máximo de 90 días de la mayoría de los medicamentos que se toman a largo plazo si los adquiere en nuestras farmacias minoristas de la red de suministros ampliados (ESN). Esta opción también está disponible si los adquiere a través de nuestro Programa de Entrega a Domicilio y los recibe en el lugar donde usted prefiera. Visite [regence.com/pharmacy](https://www.regence.com/pharmacy) y haga clic en **Find a Pharmacy** (Buscar una farmacia) para ubicar una farmacia minorista de ESN, o regístrese para el servicio de entrega a domicilio.

Programas clínicos

Nuestros farmacéuticos se ocupan en privado de que usted pueda obtener los medicamentos que necesita cuando los necesita. También estamos atentos a los problemas que podrían afectar su seguridad, por ejemplo, posibles interacciones entre medicamentos o recetas duplicadas.

Farmacia de especialidad

Sabemos que vivir con una afección compleja puede ser estresante y, a veces, confuso. Usted cuenta con los servicios de nuestra farmacia de especialidad: lo respaldan con la atención y los medicamentos que necesita, en todo momento. En algunos casos, su plan podría exigirle obtener sus medicamentos a través de nuestro servicio de farmacia de especialidad.

Para ayudar con las complejidades de su enfermedad y el tratamiento, nos ocuparemos de coordinar los reabastecimientos de sus medicamentos y de supervisar los efectos secundarios. Además, con este servicio de farmacia de especialidad, usted obtiene acceso las 24 horas a especialistas clínicos. También se le brindan, gratis, suministros inyectables —y puede recibirlo todo en su casa o en el lugar donde usted prefiera—.

Programa de Glucómetros

Si tiene diabetes, usted cumple los requisitos para recibir, sin costo, un glucómetro OneTouch® de LifeScan. Pídale directamente a LifeScan: llame al 1 (855) 306-2278.

Aclaración sobre la autorización previa

Para garantizar que reciba medicamentos eficaces a un precio asequible, revisamos las recetas de algunos medicamentos antes de cubrirlos. Hay una lista de medicamentos que requieren autorización previa, allí se incluyen muchos medicamentos que tienen equivalentes de la misma eficacia (o más) y menor costo.

Si su medicamento requiere autorización previa, le recomendamos que haga una de estas dos cosas:

1. Hable con su médico para determinar si hay algún tratamiento alternativo que no requiera autorización previa.

O

2. Pídale a su médico o farmacéutico que soliciten la autorización previa para su medicamento.

Posiblemente necesite conseguir la autorización para poder abastecer su receta.



Manténgase conectado

Visite [regence.com](https://www.regence.com) para conocer la cobertura de medicamentos, los precios, las farmacias de la red y más.

¿Tiene preguntas? Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.



Regence BlueCross BlueShield of Utah
is an Independent Licensee of the Blue Cross
and Blue Shield Association

REG-180169-17/06-UT
© 2018 Regence BlueCross BlueShield of Utah

2890 E Cottonwood Parkway | Salt Lake City, UT 84121

Regence complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-344-6347 (TTY: 711).

Aviso anual de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

¿Sabe que su plan, conforme a lo exigido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, lo que incluye todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre ambos senos, las prótesis y el tratamiento por complicaciones que resulten de una mastectomía, incluidos los linfedemas? Llame al administrador de su plan al **801-328-8641, Ext 333** para obtener más información.

Divulgación del Programa de Bienestar

Regence Empower es un programa de bienestar voluntario que está disponible para todos los empleados. El programa es administrado según las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley contra la Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le solicitará que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o "HRA" que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas enfermedades (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). No es necesario que complete la HRA.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de Regence.

Protecciones de la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de carácter personal. Aunque el programa de bienestar y Diócesis Católica de Salt Lake City pueden utilizar información adicional que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Regence Empower nunca divulgará ningún tipo de información personal, ya sea públicamente o al empleador, salvo que sea necesario para responder a su solicitud para una adaptación razonable que se requiere para participar en el programa de bienestar o según lo que permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se suministra en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores ni gerentes, y nunca se utilizará para tomar decisiones sobre su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará, salvo en la medida en que lo permita la ley, para realizar actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar y no se le pedirá ni se le solicitará que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Los únicos individuos que recibirán su información de salud de carácter personal son Regence para brindarle servicios conforme al programa de bienestar.

Además, toda la información médica que se obtenga a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal; la información que se almacene en formato electrónico se encriptará y no se utilizará ninguna información que usted brinde como parte del programa de bienestar para tomar decisiones de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que ocurra dicha filtración e involucre información que usted suministra en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

Usted no será discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar ni será sometido a represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Dolores L. Lopez, directora del Departamento de Recursos Humanos al 27 C Street E, Salt Lake City, UT 84103, 801-328-8641, Ext 333, dolores.lopez@dioslc.org.

Aviso de CHIPRA/CHIP

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, 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 primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de <https://www.askebsa.dol.gov/>, o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

<p style="text-align: center;">ALABAMA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p style="text-align: center;">ARKANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>
<p style="text-align: center;">ALASKA – Medicaid</p> <p>El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p style="text-align: center;">CALIFORNIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: Pago de la Prima del Seguro de Salud (HIPP) Programa Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>
<p style="text-align: center;">COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p style="text-align: center;">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>
<p style="text-align: center;">FLORIDA – Medicaid</p>	<p style="text-align: center;">LOUISIANA – Medicaid</p>

<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.lahipp.la.gov Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
GEORGIA – Medicaid	MAINE – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2</p>	<p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>
INDIANA - Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>
KANSAS – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>	<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
NEBRASKA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>	<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>
NEVADA – Medicaid	OREGON – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	PENSILVANIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218</p>	<p>Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</p>

<p>Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>	<p>Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencias/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)</p>	<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)</p>
NUEVA YORK – Medicaid	TEXAS – Medicaid
<p>Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p>Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/</p>
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	VERMONT– Medicaid
<p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p>Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427</p>
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
WEST VIRGINIA – Medicaid	WYOMING – Medicaid
<p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

U.S. Department of Labor
(Departamento de Trabajo de los EE. UU.)
Administración de Seguridad de Beneficios de los
Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

Department of Health and Human Services (Departamento
de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Notificación de disponibilidad del *Aviso de prácticas de privacidad* de HIPAA

Diócesis Católica de Salt Lake City
27 C Street E, Salt Lake City, UT 84103
10/30/2024

Para: Participantes de los planes
Plan de salud, de grupo, de la Diócesis Católica de SLC
Plan dental, de grupo, de la Diócesis Católica de SLC
Plan de ventajas impositivas, de grupo, de la Diócesis Católica de SLC

De: Dolores L. Lopez, directora del Departamento de Recursos Humanos Asunto:

Disponibilidad del *Aviso de prácticas de privacidad*

Plan de salud, de grupo, de la Diócesis Católica de SLC
Plan dental, de grupo, de la Diócesis Católica de SLC
Plan de ventajas impositivas, de grupo, de la Diócesis Católica de SLC

Cuentan con un *Aviso de prácticas de privacidad* que brinda información a las personas cuya información protegida de salud será utilizada o almacenada por el Plan. Si desea obtener una copia del *Aviso de prácticas de privacidad* del Plan, comuníquese con Dolores L. Lopez, directora del Departamento de Recursos Humanos: 27 C Street, Salt Lake City, Utah 84103, 801-328-8641, ext. 333, dolores.lopez@dioslc.org, o puede comunicarse con Nell Cline, generalista del Departamento de Recursos Humanos: 801-328-8641 ext. 359, nell.cline@dioslc.org.

Aviso sobre las opciones de cobertura del mercado

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza el 1.º de noviembre de 2023 para la cobertura que comienza el 1.º de enero de 2024.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.^{1, 2}

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 30 de noviembre de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un periodo temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 30 de noviembre de 2024, y dan fe de una fecha de

terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 30 de noviembre de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con **Dolores L. Lopez, directora del Departamento de Recursos Humanos al 27 C Street E, Salt Lake City, UT 84103 , 801-328-8641, Ext 333, dolores.lopez@dioslc.org.**

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del

3. Nombre del empleador Diócesis Católica de Salt Lake City	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 87-0215468
5. Dirección del empleador, 7. Ciudad, 8. Estado, 9. Código postal 27 C Street E, Salt Lake City, UT 84103	6. Número de teléfono del empleador 801-328-8641, Ext 333
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Dolores L. Lopez, directora del Departamento de Recursos Humanos	
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 801-328-8641, Ext 333	12. Dirección de correo electrónico dolores.lopez@dioslc.org

Mercado.

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- o • Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - Todos los empleados.
 - Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

Empleados activos de tiempo completo que trabajan más de 30 horas por semana.

Usted tendrá derecho a inscribirse en la cobertura, y a inscribir a sus dependientes que cumplan los requisitos, en el plazo de 30 días posteriores a la fecha en que cumple los requisitos para la cobertura por primera vez, según los requisitos dispuestos por el patrocinador del plan, establecidos en los párrafos a continuación. La cobertura para usted y para los dependientes que inscribe, que cumplen los requisitos, comienza en la fecha de entrada en vigor. Usted cumple los requisitos para inscribirse en la cobertura a partir de la fecha en que finalizó el período de prueba exigido por el patrocinador del plan tras haber trabajado cierto tiempo para él.

- o • Respecto a los dependientes:
 - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

o La persona con quien está legítimamente casado (su cónyuge).

o Su hijo (o el de su cónyuge) menor de 26 años.

o Su hijo (o el de su cónyuge) de 26 años o más que está incapacitado y depende de usted debido a un impedimento físico o mental que comenzó antes de que cumpliera los 26 años de edad. Encontrará en el sitio web del administrador de reclamos el formulario para declarar bajo juramento que un dependiente cumple los requisitos. También puede conseguirlo llamando a Servicio al Cliente. Para obtener información más detallada o para solicitar este beneficio, el empleado debe comunicarse con el *administrador del plan*, el Departamento de Recursos Humanos de Diócesis Católica de Salt Lake City, al 801-328-8641.

No ofrecemos cobertura.

- Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Aviso de cobertura comprobable de Medicare Parte D

Aviso Importante de la Diócesis Católica de Salt Lake City Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Diócesis Católica de Salt Lake City (el "Patrocinador del plan") y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde el año 2006 para todas las personas inscritas en Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare deben proporcionar, como mínimo, el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Es posible que algunos planes le ofrezcan una cobertura mayor por una prima mensual más alta.
2. El Patrocinador del plan ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan de salud, de grupo, de la Diócesis Católica de Salt Lake City en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Acreditada, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con el Patrocinador del plan puede ser afectada. Además, si aun así decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan, tenga en mente que es posible que usted y sus dependientes no puedan volver a recibir esta cobertura.

Comuníquese con la persona que figura al final de este aviso para obtener más información sobre qué sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con el Patrocinador del plan y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con el Patrocinador del plan cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325- 0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	10/30/2024
Nombre de la entidad/del remitente:	Diócesis Católica de Salt Lake City
Contacto–Puesto/oficina:	Directora de Recursos Humanos
Dirección:	27 C Street E, Salt Lake City, UT 84103
Número de teléfono:	801-328-8641, Ext 333

Contactos

Cobertura	Compañía de seguros	N.º de teléfono	Sitio web/ correo electrónico
Cobertura médica Cobertura dental	Regence	(866) 240-9580	www.Regence.com
Cuenta de ahorros de salud Cuenta de gastos flexibles FSA para cuidado de dependientes	Accrue CMS	Servicios a los afiliados: (888) 882-1498	Atención al cliente: flex@accruemacs.com Reclamos: claims@accruemacs.com Website: www.accruemacs.com
Medicare	Tina Perini	(385) 489-1313	Tina@retireehealthsolutions.org

