

La organización de proveedores exclusivos (EPO) brinda cobertura de calidad e incluye beneficios que promueven la plenitud y el bienestar.

CÓMO FUNCIONA

Cuando necesite atención, simplemente presente su tarjeta de identificación médica ante su proveedor de atención médica o la oficina de admisiones del hospital. En algunos casos deberá obtener autorización por adelantado para poder recibir atención. Esto se conoce como precertificación. Visite el sitio pensions.org/members para obtener una lista de los servicios que requieren precertificación.

BENEFICIOS DE LA COBERTURA

Además de los beneficios hospitalarios y médicos/quirúrgicos, la cobertura incluye automáticamente todos estos beneficios sin costo adicional para usted. Consulte los detalles en el sitio pensions.org/members

- beneficios de atención preventiva
- beneficios de salud de la conducta
- cobertura de medicamentos recetados
- beneficios de telemedicina por medio de Teladoc
- Centros de Excelencia
- Beneficio de examen de la vista
- Programa Livongo for Diabetes
- Beneficios de atención médica internacional
- Programa de Asistencia para Empleados (EAP)
- Call to Health

DEBE USAR LOS SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Con la opción EPO, usted debe usar los servicios de proveedores de la red nacional de Blue Cross Blue Shield. La EPO no cubre la atención que se recibe de proveedores fuera de la red, excepto para servicios de emergencia. Si ve a un proveedor fuera de la red cuando tiene acceso a un proveedor dentro de la red, usted es responsable de cubrir todos los costos.

Para encontrar a proveedores dentro de la red, visite el sitio highmarkbcbs.com y seleccione *Find a Doctor or Rx* (Encontrar un médico o receta), luego haga clic en *Find a Doctor, Hospital or other Medical Provider* (Encontrar un médico, hospital u otro proveedor médico). En *Pick a Plan* (Seleccionar un plan), escoja *BCBS PPO*.

El programa de medicamento recetados se administra por separado; consulte los detalles en pensions.org/members.

DEDUCIBLES, COPAGOS, COASEGURO Y LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE SU PROPIO BOLSILLO

Para entender mejor la cobertura que se obtiene con la EPO, es importante que sepa estos términos:

Deducible: Una cantidad anual específica que usted debe pagar por servicios médicos con cobertura antes de que el plan empiece a pagar por los beneficios.



La EPO cubre la atención que se recibe de los proveedores dentro de la red; no se cubre la atención que se reciba fuera de la red.

- Los deducibles de la EPO son cantidades fijas (\$2,000 para usted y \$2,000 para sus familiares con cobertura).
- Si inscribe a algunos familiares, usted es responsable de dos deducibles médicos: uno para usted mismo y otro para todos los miembros de su familia juntos.
- Puede reducir sus deducibles completando Call to Health, una iniciativa de bienestar que se concentra en las cuatro dimensiones de la plenitud: espiritual, médica, financiera y vocacional.

Copago: Una cantidad fija que usted paga por adelantado por ciertos servicios cuando use proveedores dentro de la red.

- Excepto para la atención preventiva, usted cubre un copago para cada visita a un consultorio dentro de la red: \$40 para visitas de atención primaria y salud mental, \$60 para visitas a un especialista o cuando obtenga atención en un centro de atención urgente y \$10 cuando use el beneficio de la telemedicina.
- Hay diferentes requisitos de copagos para algunos otros de los servicios cubiertos, como radiografías y análisis de laboratorio, como aparece en la tabla "Disposiciones clave" de la EPO.
- Los copagos no cuentan hacia el deducible del plan.
- Hay un copago de \$25 para el beneficio de examen de la vista.
- Hay cantidades de copago aparte para los medicamentos recetados. Consulte los detalles en la tabla "Disposiciones clave" en pensions.org.

Coaseguro (antes denominado copago): El porcentaje del costo de los servicios cubiertos que usted paga *después* de pagar el deducible:

- Su coaseguro por los servicios dentro de la red es del 20%.
- La EPO no cubre atención fuera de la red ni medicamentos recetados no incluidos en el formulario.

Límite total del máximo de gastos de su bolsillo: Lo más que usted pagará en un año en forma de deducibles, copagos y coaseguro. Si los gastos de su propio bolsillo con cobertura En cuanto alcanzan el total del límite máximo de gastos de su propio bolsillo, el plan pagará el 100% de los costos permitidos durante el resto del año.

- Los gastos que cuentan para el límite máximo de gastos de su propio bolsillo de la EPO incluyen sus deducibles, copagos de visitas al consultorio, copagos y coaseguro de medicamentos recetados.
- Las cantidades del límite total del máximo de gastos de su bolsillo de la EPO 2021 son \$5,000* para una persona y \$10,000* para una familia.

**disminuyó de \$7,900 (individual) y \$15,800 (familiar) en el 2020*

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si desea información adicional sobre la cobertura médica, visite el sitio pensions.org/members o entre a highmarkbcbs.com. Si tiene alguna pregunta, llame a Highmark Blue Cross Blue Shield al 888-835-2959 o a la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN).



Completo

La cobertura incluye generosos beneficios de atención preventiva, de medicamentos recetados, médicos, quirúrgicos, de salud mental y otros más.

Elección de proveedores dentro de la red

Use cualquier proveedor de atención médica dentro de la red para recibir atención y tratamientos médicamente necesarios.

Fácil de usar

Reciba los servicios de cualquier proveedor dentro de la red sin necesidad de una referencia de su médico primario.

Esta información no constituye la descripción completa de los beneficios y limitaciones del plan. Si hubiera alguna diferencia entre la información que se expone aquí y las cláusulas del Plan de Beneficios de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.), las cláusulas del plan regirán. Visite pensions.org o llame a la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN) para obtener una copia del documento del plan.

