

Cobertura de atención médica

El Plan Médico del Plan de Beneficios de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.) proporciona cobertura de atención médica a los miembros y sus familias. (Vea los diagramas en el reverso para conocer los copagos y la información de deducibles.)

Elegibilidad

El Plan Médico del Plan de Beneficios de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.) es un plan que no necesita aportaciones y que cubre a los miembros del Plan de Beneficios y sus familiares elegibles. Los empleadores que ofrecen cobertura tradicional son responsables de pagar todas las cuotas. El miembro es responsable de todos los deducibles y copagos. Los empleadores deben inscribir al clero instalado; pueden inscribir a otro clero y empleados laicos que trabajen por lo menos 20 horas a la semana en servicios calificados de la iglesia o relacionados con la iglesia. El Plan Médico tradicional cubre a todos los familiares elegibles:

- cónyuges;
- hijos dependientes hasta los 21 años o hasta su matrimonio, si es antes;
- hijos dependientes hasta los 25 años si son solteros y estudiantes de jornada completa en estudios superiores; además
- hijos incapacitados totalmente dependientes cubiertos bajo el Plan antes de cumplir 21 años (25 años si se trata de un estudiante universitario de jornada completa). La cobertura puede continuarse pasados los 21 años, con verificación periódica de su estado de incapacidad.

Cobertura del Plan Médico

El Plan Médico consiste en una organización de proveedores preferidos (PPO, preferred provider organization). Se recomienda a los miembros a usar a los médicos y hospitales dentro de la red.

La PPO BlueCard® es la red principal de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica a disposición de los miembros elegibles del Plan. Se administra en representación de la Junta mediante Highmark BC/BS (Blue Cross Blue Shield), una de las mayores organizaciones BC/BS en los Estados Unidos.

Highmark ofrece acceso a la red PPO BlueCard en todo el país así como servicios de procesamiento de reclamaciones para gastos médicos elegibles. De manera similar, CIGNA Behavioral Health (CBH) proporciona servicios de red y administración de reclamaciones para el tratamiento de la salud mental y afecciones de abuso de sustancias. Estas redes cubren a todos los miembros salvo los que residan en Puerto Rico o estén inscritos en una HMO del área de Louisville.

El programa de Blue Shield que sirve a Puerto Rico es Triple-S.

Los residentes del área de Louisville pueden utilizar la organización administradora de salud (HMO) Anthem Blue Preferred® Primary.

Los beneficios de Triple-S y Blue Preferred difieren de las disposiciones del programa de PPO del Plan Médico. Para obtener más información sobre todos estos programas, póngase en contacto con la Junta de Pensiones llamando al 800-773-7752 (800-PRESPLAN), o visite el sitio Web www.pensions.org.

Copagos y Deducibles

Un copago es su parte de los gastos de atención médica que sean elegibles. La parte que usted paga puede ser un porcentaje del cargo o un monto fijo por cada visita del paciente. Usted paga un copago fijo por una visita a consultorio (dentro o fuera de la red) y un porcentaje del cargo en el caso de otros gastos médicos elegibles.

El deducible es el monto de gastos médicos elegibles que usted debe pagar personalmente al año antes de que el Plan de Beneficios comience a pagar su parte de los costos. Un miembro puede tener que pagar dos deducibles, uno por sí mismo y otro por el resto de la familia. (Vea los diagramas en el reverso.)

Se aplican distintos requisitos de copago a los miembros del Plan que residen en Alabama.

Se aplican requisitos separados de deducible y copago para medicamentos con receta a los residentes en Alabama así como a todos los demás miembros cubiertos por las PPO Highmark y CBH.

**A partir del 1 de enero de 2006, CIGNA Behavioral Health ofrecerá servicios de salud mental y abuso de sustancias. Para obtener más información, llame a la Junta de Pensiones al 800-773-7752 (800-PRESPLAN).*

Límites de copagos y deducibles médicos/quirúrgicos para 2007

Rango de salario ¹ (\$)	Deducibles ²		Límites de Copago ³	
	Red y No de la red 1%	Fuera de la red 1.5%	Red y No de la red 4%	Fuera de la red 8%
1. 0 – 34,950	\$310	\$465	\$1,245	\$2,490
2. 34,951 – 39,050	\$350	\$525	\$1,400	\$2,795
3. 39,051 – 43,150	\$390	\$585	\$1,560	\$3,125
4. 43,151 – 47,250	\$430	\$645	\$1,725	\$3,450
5. 47,251 – 51,350	\$470	\$710	\$1,890	\$3,780
6. 51,351 – 55,450	\$510	\$770	\$2,055	\$4,110
7. 55,451 – 59,550	\$555	\$830	\$2,220	\$4,435
8. 59,551 – 63,650	\$595	\$890	\$2,380	\$4,765
9. 63,651 – 67,750	\$635	\$955	\$2,545	\$5,090
10. 67,751 or more	\$675	\$1,015	\$2,710	\$5,420

¹ Los límites de deducibles y copagos se redondean y calculan según la base mínima de salario para fines médicos de \$31,135 y un salario máximo de \$71,850.

² Los miembros son responsables de dos deducibles, uno para el miembro y uno para todos los demás familiares combinados. Estos no se cuentan para los límites de copago.

³ Después de que un miembro llegue al límite de copago anual, el Plan Médico paga el 100% de los gastos elegibles hasta el nivel habitual, acostumbrado y razonable), salvo en el caso de visitas a consultorio dentro y fuera de la red. El límite de copago se aplica al miembro y a la familia en conjunto.

Costos de Medicamentos para 2007

Tipo de Medicamento	Farmacia local, un mes ¹			Correo, 90 días		
	Copago ²	Mínimo Copago	Máximo Copago	Copago ²	Mínimo Copago	Máximo Copago
Genéricos	20%	\$10	\$100	20%	\$25	\$300
Marca Formulario	30%	\$20	\$100	30%	\$50	\$300
Marca Fuera de formulario ²	40%	\$40	\$100	40%	\$100	\$300

¹ Lo que sea menor entre 34 días o 100 unidades.

² Los copagos de marca fuera de formulario no cuentan para el límite de copago de \$2,000 para el miembro/familia.

Deducibles - \$100 miembro y \$100 familia; \$100 por cada suscriptor al Suplemento de Medicare.

Copago Máximo Anual - \$2,000 para el miembro o miembro y familia; además de \$2,000 por cada suscriptor al Suplemento de Medicare. El deducible cuenta sólo para el límite del suscriptor al Suplemento de Medicare.

Si existe alguna discrepancia entre esta hoja de productos y el documento oficial del Plan de Beneficios, rige el documento oficial del Plan. Llame a la Junta de Pensiones al 800-773-7752 (800-PRESPLAN), o visite el sitio Web en www.pensions.org, para recibir una copia de este documento oficial.