



Guía de Beneficios Freedom Care



¿Qué contiene este folleto?

- Introducción..... 3
- Actualización sobre la Reforma de la Atención de Salud. 4
- Cambios y eventos de calificación 7
- Términos médicos clave que debe recordar 8
- Contribuciones bimestrales del empleado(a) 9
- Resumen médico de la cobertura 10
- Utilización de los servicios de atención preventiva 13
- Valor de los beneficios antes de impuestos..... 14
- Avisos legales 15
- Búsqueda de proveedores 17

Este folleto proporciona solo un resumen de sus beneficios. Todos los servicios descritos aquí están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en el contrato de cada compañía de seguros o proveedor.



2024

BENEFICIOS

Introducción

Como empleado(a) de Freedom Care, disfrutar de su trabajo y hacer valiosas contribuciones a la empresa son igualmente vitales. La salud, la satisfacción y su seguridad y la de su familia son importantes para su bienestar y, en última instancia, para lograr los objetivos de nuestra organización.

Para el año del plan 2024, Freedom Care trabajó arduamente para ofrecer un paquete competitivo de recompensas totales que incluye valiosos planes de beneficios. Estos programas reflejan nuestro compromiso de mantener a nuestro personal sano, seguro y hacer frente a enfermedades o accidentes inesperados. Entendemos que su situación es única, y Freedom Care ofrece un paquete de beneficios generales con diversas opciones que puede moldear y adaptar para satisfacer sus necesidades.

Los miembros pueden usar el proveedor de su elección y pagar el copago correspondiente en el consultorio del médico o el nivel de deducible y coseguro destacado cuando procuran servicios hospitalarios. EL plan pagará al proveedor una cantidad igual al Cargo Máximo Permitido. La mayoría de las veces, resultará en servicios sin problemas en el proveedor que elija. En el caso de que el proveedor facture por la diferencia en los cargos, llame a Total Plan Concepts al (877) 435-2063.

Introducción

Este folleto de inscripción es una descripción resumida de sus planes de beneficios de Freedom Care. Si existe una discrepancia entre estos resúmenes y los documentos legales escritos del plan, prevalecerán los documentos del plan. Este folleto y los resúmenes del plan no constituyen un contrato de trabajo.

Esperamos que este folleto de inscripción, junto con nuestras herramientas adicionales de comunicación y toma de decisiones, le ayuden a tomar las mejores decisiones de atención médica para usted y su familia.

Actualización sobre la Reforma de Atención de Salud



El 1 de enero de 2014, entró en vigencia un componente clave de la ley de reforma de la salud: Ahora se requiere que todas las personas en los EE.UU. (con algunas excepciones) tengan un seguro de salud. Freedom Care ofrece seguro de salud para el personal elegible. Esta cobertura cumple con todos los requisitos de la ley de reforma de la salud necesarios para satisfacer sus requisitos de "Mandato Individual" de acuerdo a la ley. Esperamos seguir ofreciendo estos beneficios como una parte valiosa de su

compensación total en el futuro. Sin embargo, debido a que le ofrecemos una cobertura que cumple con todos los requisitos de la reforma de la salud, no calificará para la asistencia federal para adquirir una póliza individual o familiar en el mercado abierto (el "mercado").

Beneficios de un vistazo



SEGURO MÉDICO



MAGNACARE™

(877) 435-2063
www.totalplantpa.com

Elegibilidad
Los empleados deben trabajar un mínimo de 30 horas por semana para ser elegibles para los beneficios del seguro médico.
Períodos de espera
Los empleados son elegibles para inscribirse el día 91 después de su fecha de contratación.
Dependientes elegibles
Puede elegir cobertura médica de acuerdo a los planes de salud de Freedom Care para sus hijos dependientes/adultos, como se describe a continuación:
Hijos dependientes y adultos
Puede inscribir a sus hijos biológicos y adoptados si son menores de 26 años, independientemente de su condición de estudiante o estado civil. La cobertura finalizará el último día del mes en que su hijo(a) cumpla 26 años.





Cuándo comienza y termina la cobertura

Sus beneficios entran en vigencia después de 90 días a partir de la fecha de contratación. Solo se procesarán los formularios enviados dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de los beneficios.

Su cobertura conforme a los planes de beneficios terminará el último día que trabajó, cuando deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad o la póliza de seguro grupal finalice. Los empleados que se encuentren de licencia debido a una licencia que no sea FMLA, los empleados que se encuentren de licencia por FMLA pero que no hayan pagado su parte de las primas, o que no hayan completado su documentación en tiempo y forma, ya no son elegibles para permanecer en este plan a partir de la fecha de su licencia inicial.

Eventos de calificación

Una vez que un empleado(a) ha pasado su período de inscripción de elegibilidad inicial, puede inscribirse o hacer cambios en sus elecciones de beneficios solo durante el período anual de inscripción abierta. Una vez que elige una opción, está obligado a esa elección durante todo el año del plan, a menos que experimente un "evento de calificación". Dichos eventos pueden incluir, entre otros:

- Cambios en la situación laboral
- Cambios en el estado civil legal
- Nacimiento o adopción de un hijo(a) del empleado(a)
- El dependiente cumple o deja de satisfacer el requisito de elegibilidad
- Derecho a Medicare
- Un cambio de residencia del empleado(a), lo que produce que el operador actual ya no esté disponible



Términos médicos clave para recordar

Deducible anual

La cantidad que debe pagar todos los años antes de que el plan comience a pagar una parte de los gastos médicos. El deducible se restablece al comienzo de cada año calendario.

Máximo de bolsillo

Esta es la cantidad total que puede pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan pague el 100 por ciento de los gastos cubiertos por el resto del año de calendario. La mayoría de los gastos que cumplen con los requisitos de la red de proveedores cuentan para el máximo de bolsillo anual, incluidos los gastos pagos al deducible anual. Observación: solo los gastos cubiertos cuentan para el máximo de bolsillo.

Copagos y coseguro

Estos gastos son su parte del costo, pago por los servicios de atención médica cubiertos. Los copagos son una cantidad fija en dólares y, por lo general, se pagan en el momento en que se recibe la atención. El coseguro es su parte de la cantidad permitida que se cobra por un servicio y, por lo general, se le factura después de que la compañía de seguros de salud concilia la factura con el proveedor.

PPO

Las PPO son "organizaciones de proveedores preferidos", una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. A diferencia de las HMO, este tipo de red de atención no requiere que seleccione un médico de atención primaria (PCP) que sea responsable de administrar y coordinar toda su atención médica.

Contribuciones semanales del empleado(a)

52 períodos de pago por año

MÉDICO	
Empleado(a)	Empleado(a) +Hijo/s
\$29.69	\$51.20





Resumen médico de la cobertura

Los proveedores de red incluyen a los médicos de Magnacare. Los reclamos de hospitales en la Lista de Hospitales Preferidos se pagan de acuerdo al Cargo Máximo Permitido.

BENEFICIOS CUBIERTOS	
FINANZAS	
Beneficios anuales máximos	Ilimitado
Deducible anual	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
Coseguro	30%
Máximo de bolsillo Incluye deducible, coseguro y copagos	\$9,450 Individual \$18,900 – Familiar
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
*Habitación semiprivada y pensión completa Todos los fármacos y medicamentos Anestesia *Cuidados intensivos y unidades coronarias	Coseguro del 30% después del deducible Máximo de 10 visitas al año
*Cuidados paliativos (paciente hospitalizado/en el hogar)	Coseguro del 30% después del deducible Máximo de 10 días al año
**Admisión de pacientes para rehabilitación médica (es decir, fisioterapia, medicina física y rehabilitación)	Coseguro del 30% después del deducible Máximo de 5 días al año
*Trasplante de órganos	Sin cobertura
SERVICIOS AMBULATORIOS	
*Cirugía ambulatoria Tarifa de la institución Honorarios del cirujano	Coseguro del 30% después del deducible Coseguro del 30% después del deducible
*Diálisis ambulatoria	Coseguro del 30% después del deducible Máximo de 30 visitas por año
*Servicios de atención médica a domicilio	\$35 de copago por visita Máximo de 20 visitas al año
MÉDICO	
Visitas al consultorio médico	Copago de \$25 por visita



BENEFICIOS CUBIERTOS	
Atención pre natal y post natal	Copago de \$50 en la primera visita
Rutina física para adultos (1 por año)	Sin costo
Mamografía preventiva y examen de Papanicolaou	Sin costo
Examen preventivo de próstata	Sin costo
Cuidado de bebés y niños sanos hasta los 19 años Incluye: Exámenes físicos de rutina, pruebas de laboratorio, exámenes de la vista y audición y vacunas de rutina	Sin costo
Visitas al consultorio del especialista	Copago de \$50 por visita
Atención quiropráctica	Copago de \$50 por visita Máximo de 30 visitas al año
Fisioterapia, manipulación osteopática, terapia ocupacional	Copago de \$50 por visita Máximo de 30 visitas al año
Terapia del habla	Sin cobertura
LABORATORIO Y RADIOLOGÍA	
Pruebas de diagnóstico de laboratorio	\$40 de copago
*Radiología de alta tecnología (p. ej. tomografía computarizada, resonancia magnética) rayos X	Coseguro del 30% después del deducible Copago de \$40
COBERTURA DE EMERGENCIA	
Atención de emergencia	Coseguro del 30% después del deducible
Centro de atención de urgencia	\$40 de copago
Ambulancia (solo transporte terrestre de emergencia)	\$400 de copago
Tarifas profesionales de la sala de emergencias	Coseguro del 30% después del deducible
OTROS SERVICIOS	



Resumen de cobertura

BENEFICIOS CUBIERTOS			
*Equipo médico duradero	Coseguro del 30% después del deducible		
*Quimioterapia y radiación	Coseguro del 30% después del deducible Máximo de 10 días al año		
*Terapia de infusión a domicilio	20% de coseguro después del deducible Máximo de 10 días al año		
SALUD MENTAL Y DEPENDENCIA QUÍMICA			
Salud mental para pacientes hospitalizados	Sin cobertura		
Salud mental de pacientes ambulatorios	Sin cobertura		
Desintoxicación	Sin cobertura		
Rehabilitación	Sin cobertura		
Tratamiento ambulatorio de dependencia química	Sin cobertura		
Límite de edad de dependientes	26		
MEDICAMENTOS CON RECETA			
Genérico Marca preferida Marca no preferida Especialidad	<table><tr><td><u>Venta minorista</u> \$10 de copago No cubierto No cubierto No cubierto</td><td><u>Pedido por correo</u> No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto</td></tr></table>	<u>Venta minorista</u> \$10 de copago No cubierto No cubierto No cubierto	<u>Pedido por correo</u> No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto
<u>Venta minorista</u> \$10 de copago No cubierto No cubierto No cubierto	<u>Pedido por correo</u> No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto		
* Estos servicios requieren precertificación			

Consulte la Descripción Sumaria del Plan, para obtener una lista más completa de todos los beneficios, limitaciones y exclusiones. Un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) y un Documento de Resumen del Plan (SPD) para este plan están disponibles en línea en <https://totalplantpa.com/documents/>. Introduzca freedomwp como nombre de usuario, y benefits como contraseña. Para recibir una copia en papel, envíe su solicitud por e-mail a customerservice@totalplantpa.com.

Utilizar los servicios de atención preventiva

Gestión del bienestar y la salud



Comprender el valor total de los beneficios cubiertos le permite asumir la responsabilidad de mantener una buena salud e incorporar hábitos saludables a su estilo de vida. Algunos ejemplos incluyen exámenes físicos regulares, mamografías y vacunas. A través de los planes ofrecidos por Freedom Care, todas las personas cubiertas y los miembros de la familia son elegibles para recibir servicios de bienestar de rutina como estos. Las visitas de rutina, las mamografías y las pruebas de Papanicolaou están cubiertas sin copago.

¿Qué servicios de atención preventiva están cubiertos?

- Examen físico de rutina
- Cuidado de bebés y niños sanos
- Visitas de bienestar de la mujer
- Vacunas
- Examen de densidad ósea de rutina
- Examen de mama de rutina
- Examen ginecológico de rutina
- Colonoscopia de rutina
- Detección de cáncer colorrectal de rutina
- Prueba de próstata de rutina
- Procedimientos de laboratorio de rutina
- Mamografías de rutina
- Prueba de Papanicolaou de rutina

“Una onza de prevención vale una libra de cura”



Valor de los beneficios antes del pago de impuestos

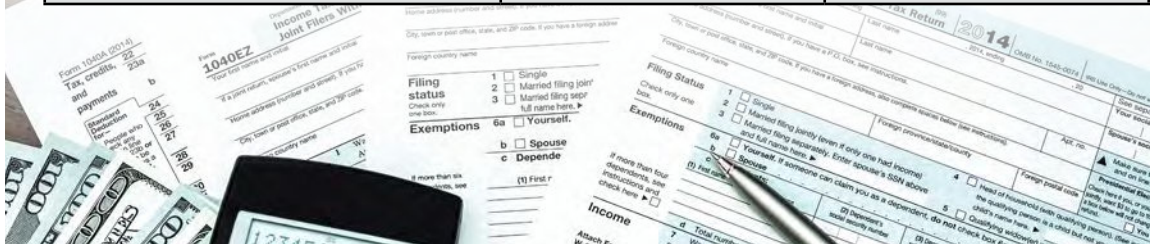
Plan de la Sección 125

Freedom Care opera un Plan de la Sección 125 de solo primas, que le permite reducir su ingreso total sujeto a impuestos por su parte de las primas del seguro de grupo. En efecto, esto es como recibir un aumento de sueldo - ¡sus impuestos retenidos se reducen y su sueldo neto aumenta!

Ejemplo:

Empleado(a) que gana \$30,000 al año y paga \$200/mes por beneficios

	SIN beneficios antes del pago de impuestos	CON beneficios antes del pago de impuestos
Sueldo bruto	\$30,000	\$30,000
Deducciones/pagos de seguros	\$0	\$2,400
Ingreso imponible	\$30,000	\$27,600
Impuestos al 25%	\$7,500	\$6,900
Ingresos después del pago de impuestos	\$22,500	\$20,700
Después del pago de impuestos por beneficios	\$2,400	\$0
Salario neto	\$20,100	\$20,700
AUMENTO DEL SALARIO NETO		+\$600





Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA)

La ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, aborda cómo un empleador puede hacer cumplir la elegibilidad y la inscripción en los beneficios de atención médica, así como garantizar que la información médica protegida que lo identifica se mantenga privada. Tiene derecho a inspeccionar la información de salud protegida contra copias, que se mantiene por parte del plan para la inscripción, pago, reclamos y gestión de casos. Si cree que su información de salud protegida es incorrecta o está incompleta, puede pedir a su administrador de beneficios que modifique dicha información. Para obtener una copia completa del aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud protegida y cómo puede acceder a la información, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos.

La Regla de Privacidad HIPAA entró en vigencia a partir del 14 de abril de 2003. Esta Regla de Privacidad tiene por objeto salvaguardar la información de salud protegida (PHI). Las disposiciones de la Regla de Privacidad tienen un impacto significativo en quienes manejan información de salud y en todos los ciudadanos con respecto a su PHI personal. Nuestro corredor de seguros de salud y todos nuestros planes contratados adhieren a la Regla de Privacidad de HIPAA.

Ley de Reconciliación Presupuestaria General Consolidada de 1985 (COBRA)

El derecho a la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA fue creado por ley federal, para que usted y sus dependientes cubiertos puedan continuar con la cobertura de beneficios patrocinados por su empleador asumiendo el costo total (más una tarifa administrativa). Después de un evento calificador, se debe ofrecer continuación de cobertura COBRA a cada beneficiario calificado. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde como resultado de un evento calificador. Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura por cualquiera de los siguientes motivos:

- Sus horas de empleo se ven reducidas
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte

Si es el cónyuge/dependiente de un empleado(a) de

Freedom Care, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura de acuerdo al Plan por cualquiera de estas razones:

- Su cónyuge o padre/madre fallecen
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge o padre/madre
- El empleo de su cónyuge o padre/madre finaliza por razones diferentes a la mala conducta grave
- Su cónyuge o padre/madre está jubilado y tiene derecho a los beneficios de Medicare
- Está divorciado(a) o separado(a) legalmente de su cónyuge
- Su hijo(a) ya no es elegible para la cobertura del Plan como hijo(a) dependiente.

El período de tiempo durante el cual la cobertura puede continuar dependerá del evento calificador. Cuando el evento es el fallecimiento del empleado(a), el derecho a los beneficios de Medicare, el divorcio o la separación, o la pérdida de la elegibilidad del hijo(a) como dependiente, la continuación de la cobertura de COBRA permanece vigente por 36 meses. Con algunas excepciones, cuando el evento de calificación es el final del empleo o la reducción de horas, la continuación de COBRA generalmente dura solo 18 meses.

Aviso de inscripción en virtud de la Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para aquellas personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico de asistencia y el paciente, de acuerdo a:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- La cirugía y la reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.



Medicaid y el programa de seguro médico para niños (CHIP)

Si es elegible para la cobertura de salud de Freedom Care, pero no puede pagar las primas, algunos estados ofrecen programas de asistencia con las primas, que pueden ayudarle a pagar la cobertura con fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si existe disponible asistencia con la prima.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, una vez que se determine que son elegibles para recibir asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, el plan de salud del empleador debe permitir que se inscriban en el plan - siempre y cuando sean elegibles y aún no estén inscritos. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de un lapso de 60 días posteriores a la determinación de los requisitos para recibir asistencia con las primas.



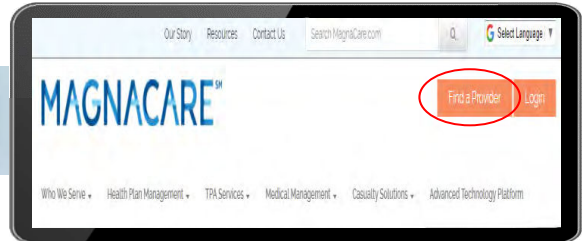
MAGNACARESM

Los médicos pueden ser identificados en

Magnacare.com

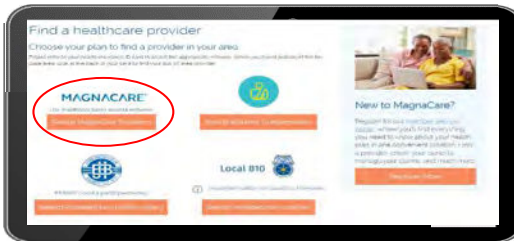
1

Haga clic en **Buscar un Proveedor**



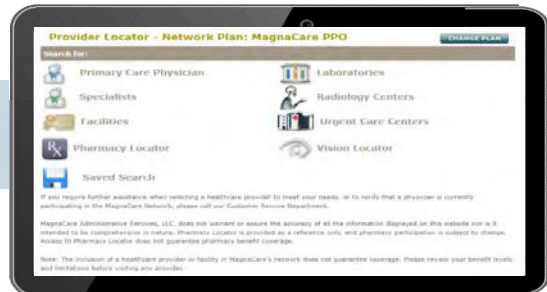
2

Seleccione **Magnacare** como su proveedor de atención médica



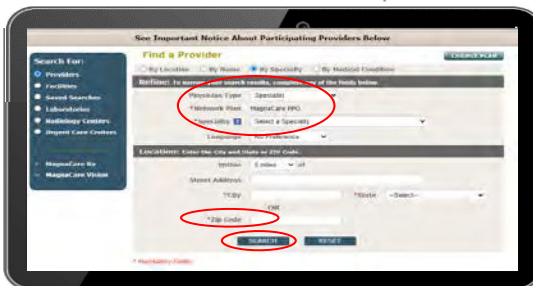
3

Elija un tipo de proveedor



4

Introduzca el **tipo de médico y especialidad**, luego introduzca su **código postal y busque**





(877) 435-2063
www.totalplantpa.com