

Miembros Activos

GUÍA DE DECISIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

Del 1 al 31 de octubre de 2016

¡Infórmese sobre los cambios e inscríbese!

Los tiempos cambian, la vida cambia, las personas cambian, los planes cambian. La cobertura de su Plan de Salud Estatal también está cambiando.

La Inscripción Abierta es el momento ideal para analizar su cobertura actual y las tres opciones de planes de salud a su disposición, y decidir cuál satisface mejor sus necesidades para 2017. Su mejor opción puede ser distinta a su plan actual.

2017

PLANES DE SALUD: UN VISTAZO A SUS OPCIONES

Para 2017, el Plan de Salud Estatal seguirá ofreciendo tres planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) a través de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC):

- **El Plan de Salud Dirigido por el Consumidor (CDHP) (85/15) con una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)**
- **El Plan Mejorado 80/20**
- **El Plan Tradicional 70/30**

Estos planes de PPO le permiten la flexibilidad de consultar a cualquier proveedor, dentro y fuera de la red, y recibir beneficios. Por lo general, usted paga menos cuando visita a un proveedor dentro de la red. Los tres planes ofrecen cobertura completa y una extensa red de proveedores.

Nuevo para
2017

- Si no hace nada durante la Inscripción Abierta, usted y sus dependientes cubiertos actualmente serán inscritos automáticamente en el Plan Tradicional 70/30 para la cobertura de 2017.
- Si sigue inscrito en el Plan Tradicional 70/30 en 2017, deberá completar una declaración sobre el consumo de tabaco (durante la Inscripción Abierta) a fin de recibir la cobertura del empleado sin ningún costo mensual.

Si desea reducir su prima o inscribirse en el Plan Mejorado 80/20 o el CDHP (85/15), debe entrar en acción durante la Inscripción Abierta.

NUEVO ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS DE FARMACIA

A partir del 1 de enero de 2017, CVS Caremark será el nuevo Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan de Salud Estatal para los tres planes de PPO.

Durante la Inscripción Abierta, tendrá acceso a una herramienta de búsqueda de medicamentos en línea que le permitirá comparar los costos de diversos medicamentos cubiertos por el plan. Esta herramienta puede ayudarlo a ahorrar dinero en medicamentos para los que paga coseguro. Para obtener más información, visite el sitio web del Plan, en www.shpnc.org.

En diciembre, recibirá más información de CVS Caremark respecto a su cobertura de medicamentos recetados y los nuevos programas y herramientas disponibles. También recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de BCBSNC. Esta es la tarjeta que DEBE empezar a utilizar a partir del 1 de enero de 2017. Su tarjeta anterior no servirá para la farmacia ni para el consultorio del proveedor.

Nuevo para 2017: Implementación de los Cambios

Este año, el Plan de Salud Estatal está realizando los siguientes cambios en su cobertura de salud:

1. En los Planes Mejorado 80/20 y Tradicional 70/30, hay cambios en el deducible anual, el máximo de gastos de bolsillo y diversos copagos.
2. En los tres planes de salud, el formulario o lista de medicamentos recetados se está modificando: de formulario abierto se convertirá en formulario cerrado. En un formulario cerrado, ciertos medicamentos no estarán cubiertos. Los miembros que actualmente toman un medicamento que no esté cubierto a partir de 2017, recibirán información acerca de su receta.

Tenga en cuenta que habrá un proceso de excepción a disposición de los proveedores que consideren que, en función de una necesidad médica, el miembro debe seguir con los medicamentos no cubiertos para su bienestar.
3. En los tres planes de salud, hay un nuevo nivel de farmacia para Suministros de Pruebas Diabéticas, que incluye coseguro o un copago para tiras de prueba, lancetas, jeringas y agujas.

DISMINUYA SUS PRIMAS MENSUALES

El Plan de Salud Estatal le ofrece varias maneras de disminuir los costos de la cobertura de su plan de salud en 2017.

Al participar en las actividades de bienestar que se mencionan a continuación, puede obtener créditos de la prima de bienestar que reducirán su prima mensual. (Los créditos de la prima de bienestar solo se aplican a la prima del empleado).

**Nuevo para
2017**

Si se inscribe en el **Plan Tradicional 70/30** para 2017, al declarar que no consume tabaco o aceptar inscribirse en QuitlineNC, se reducirá su prima del empleado solamente a \$0. **Importante:** Esto es **obligatorio** si desea la cobertura del empleado **sin prima** del Plan Tradicional 70/30 en 2017.

SI REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE BIENESTAR		SU PRIMA MENSUAL SE REDUCIRÁ		
		CDHP (85/15)	PLAN MEJORADO 80/20	PLAN TRADICIONAL 70/30
Declare que no consume tabaco o inscribese en el programa de QuitlineNC* de múltiples llamadas entre el 1 y el 31 de octubre.	Aunque haya realizado esta declaración durante la Inscripción Abierta del año pasado, deberá volver a declarar durante la Inscripción Abierta de este año. Si es consumidor de tabaco, se deberá inscribir en el programa de QuitlineNC para dejar el tabaco a fin de recibir el crédito de bienestar. Se puede inscribir en el programa de QuitlineNC en cualquier momento entre hoy y el 31 de diciembre de 2016.	\$40	\$40	\$40
Seleccione o confirme un proveedor de atención primaria (PCP) para usted y todos sus dependientes cubiertos.	Si ya escogió un PCP para usted y, si corresponde, para cada uno de sus dependientes, todo lo que tiene que hacer durante la Inscripción Abierta es confirmar en eEnroll que los PCP son los correctos.	\$20	\$25	N/A
Realice su Evaluación de Salud.	Complete o actualice la Evaluación de Salud entre el 1 de mayo de 2016 y el 31 de octubre de 2016 para obtener este crédito de la prima de bienestar de 2017. Para realizar o actualizar la Evaluación de Salud: <ul style="list-style-type: none"> • En línea: puede encontrar y completar la Evaluación de Salud de un modo fácil y rápido a través de eEnroll durante el proceso de inscripción. • Por teléfono: llame al 800-817-7044 para realizar o actualizar la Evaluación de Salud por teléfono. 	\$20	\$25	N/A
Total de ahorro mensual máximo:		\$80	\$90	\$40
Total de prima mensual del empleado solamente: (considerando el máximo de créditos)		\$0	\$15.04	\$0

*La declaración sobre el consumo de tabaco se debe realizar todos los años. Esta declaración es diferente a la pregunta sobre el hábito de fumar que se debe responder en la Evaluación de Salud.

Realice la Evaluación de Salud en línea pronto, antes del 15 de octubre, y tendrá la posibilidad de ganar un premio

Si realiza la Evaluación de Salud **en línea** entre el 1 de mayo y el 15 de octubre de 2016, no solo se computará para el crédito de su prima de bienestar para 2017, sino que también estará participando en un sorteo semanal desde septiembre por una tarjeta de regalo de Amazon por \$250. ¡Además el afortunado ganador del gran premio recibirá un Apple Watch!

No se demore, ¡no deje pasar esta oportunidad! Para realizar la Evaluación de Salud en línea ahora, visite el sitio web del Plan, en www.shpnc.org, y haga clic en My Personal Health Portal (Mi portal de salud personal). Se notificará a los ganadores por teléfono o por correo.

Ahorre aún más con el CDHP (85/15) y el Plan Mejorado 80/20

También puede ganar o ahorrar dinero con el CDHP (85/15) o el Plan Mejorado 80/20 cuando elige opciones de proveedores de alta calidad, como se indica a continuación. Estas acciones le permitirán obtener contribuciones adicionales para su HRA si se inscribe en el CDHP (85/15), o reducciones en los copagos si se inscribe en el Plan Mejorado 80/20.

ACCIÓN	RECOMPENSA	
	CDHP (85/15): CONTRIBUCIÓN ADICIONAL A LA HRA	PLAN MEJORADO 80/20: COPAGO REDUCIDO A:
Consulte a su proveedor de atención primaria seleccionado (o consulte a otro proveedor en el consultorio de su PCP).	\$25	\$10
Consulte a un especialista designado de Blue Options.	\$20	\$45
Utilice un hospital designado de Blue Options para el servicio de internación.	\$200	\$0; no se aplica copago

Búsqueda de un proveedor designado de Blue Options

Los proveedores designados de Blue Options han sido seleccionados porque brindan servicios económicos y de alta calidad. Para encontrar un proveedor designado de Blue Options, visite el sitio web del Plan de Salud Estatal (www.shpnc.org) y haga clic en "Member Login" (Inicio de sesión para miembros) para ingresar a Blue Connect. A continuación, seleccione "Find a Doctor or Facility" (Buscar un médico o centro médico) y busque la frase "Designated for Cost and Quality" (Designado por costo y calidad). O bien, llame a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC), al **888-234-2416**.

Nota: El CDHP (85/15) le ofrece la oportunidad de recibir aún más contribuciones para la HRA si participa en el Programa de Compromiso con la Salud del Plan de Salud Estatal. Consulte la página 5.

EL PLAN DE SALUD DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR (CDHP) (85/15)

El CDHP (85/15) es un plan de salud con deducible alto que se complementa con una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA). Con este plan, una vez que cumple con el deducible, usted pagará un coseguro del 15 % para la mayoría de los servicios elegibles dentro de la red. En este plan, los servicios de prevención, conforme a la Ley de Atención Médica Accesible (ACA), brindados por un proveedor dentro de la red están cubiertos en un 100 %.

¿Qué hay de nuevo en el CDHP (85/15) para 2017?

- Usted tiene más oportunidades de obtener incentivos en el Programa de Compromiso con la Salud.
- Además de los cambios en la cobertura de medicamentos recetados que se mencionan en la página 2, no hay ningún otro cambio en los beneficios para 2017.

Cómo funciona el CDHP (85/15)

Al inscribirse en el CDHP (85/15), el Plan de Salud Estatal crea automáticamente una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) a su nombre. Esta cuenta se inicia con un fondo provisto por el Plan de Salud Estatal. Su HRA se utiliza para ayudarlo a cumplir con el deducible y pagar otros gastos médicos cubiertos de bolsillo.

La contribución del Plan de Salud Estatal a su HRA en 2017 depende de la cantidad de personas que inscriba en su plan, como se indica a continuación. Si actualmente está inscrito en el CDHP (85/15) y aún tiene fondos en su HRA, dichos fondos se transferirán y se sumarán a las siguientes cantidades.

- Usted solamente: \$600 o
- Usted y un dependiente: \$1,200 o
- Usted y dos o más dependientes: \$1,800.

Programa de Compromiso con la Salud

Si está inscrito en el CDHP (85/15), tendrá la oportunidad de obtener contribuciones adicionales para la HRA, conforme al Programa de Compromiso con la Salud del Plan de Salud Estatal.

La finalidad de este programa es ayudarlo a que lleve una vida más saludable. El programa consta de dos partes:

- 1. Estilos de vida saludables:** usted obtiene incentivos simplemente al realizar tareas que pueden ayudarlo a mejorar su salud y prevenir enfermedades, por ejemplo, trabajar con un asesor de estilo de vida de NC HealthSmart y mantener un control de su actividad física y su nutrición diarias a través del Personal Health Portal (Portal de Salud Personal).
- 2. Actividades positivas:** Si padece diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, presión arterial alta, colesterol alto, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad de arterias coronarias, puede obtener fondos adicionales para la HRA si cumple con lo siguiente:
 - Visitar a su proveedor de atención primaria.
 - Someterse a análisis de laboratorio recomendados por el médico.
 - Seguir los tratamientos prescritos para mejorar su salud.
 - Realizar actividades educativas para saber más acerca de su enfermedad.

TARJETA DE DÉBITO PARA FARMACIA DEL CDHP (85/15)

Cuando se inscriba en el CDHP (85/15) para 2017, recibirá una tarjeta de débito para farmacia, o si actualmente es miembro del CDHP (85/15), utilizará la misma tarjeta que tiene ahora. Utilice esta tarjeta como una tarjeta de débito común para pagar las recetas en su farmacia local. La mayoría de las farmacias minoristas aceptan la tarjeta; cerciórese de preguntar en su farmacia si es así.

Su pago se deducirá de su HRA automáticamente. Al usar la tarjeta, no necesitará pagar el costo total de una receta cuando se surte y luego esperar el reembolso.

Nuevo para
2017

¡Tendrá más actividades en las que puede obtener incentivos con RivalHealth! RivalHealth es una plataforma de bienestar para estar en forma que invita a los miembros a participar en actividades de nutrición y ejercicios diarios, además de ofrecer interacción social y plantear desafíos. Consulte las actividades en www.rivalhealth.com.

EL PLAN MEJORADO 80/20

El Plan Mejorado 80/20 es un Plan de PPO en el que usted paga un coseguro del 20 % para gastos elegibles dentro de la red. Para algunos servicios (es decir, visitas al consultorio, atención de urgencia o visitas a la sala de emergencia), debe pagar un copago. Con este plan, por lo general, usted paga menos de bolsillo que con el Plan Tradicional 70/30, a cambio de una prima mensual más alta. En este plan, los servicios de prevención, conforme a la Ley de Atención Médica Accesible (ACA), brindados por un proveedor dentro de la red están cubiertos en un 100 %.

¿Qué hay de nuevo para 2017?

Además de los cambios en los medicamentos recetados, mencionados en la página 2, a continuación se detallan los cambios en el Plan Mejorado 80/20:

- Un deducible más alto. (Tanto los gastos médicos como los de farmacia se computan para cumplir con el deducible).
- Como límite de la cantidad que debe pagar de bolsillo en un año calendario, el máximo de coseguro médico se reemplaza con un máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos generales. Los gastos que usted paga y se aplican para cumplir con este máximo de gastos de bolsillo incluyen cantidades de coseguro médico, copagos médicos y cualquier otro gasto médico cubierto que paga de bolsillo y se aplica al deducible.
- Copagos **más bajos** para la mayoría de las visitas al consultorio y atención de urgencia.
- Copagos más altos para lo siguiente:
 - Visitas a la sala de emergencia
 - Admisiones en hospitales designados fuera de la red o que no pertenecen a Blue Options
- Reestructuración de los niveles de cobertura de medicamentos recetados, con copagos **más bajos** para los Niveles 1 y 2.

Consulte el cuadro de comparación de planes en las páginas 8 y 9 para obtener detalles sobre los cambios en los beneficios.



EL PLAN TRADICIONAL 70/30

El Plan Tradicional 70/30 es un Plan de PPO en el que usted paga un coseguro del 30 % para gastos elegibles dentro de la red. Para algunos servicios (es decir, visitas al consultorio, atención de urgencia o visitas a la sala de emergencia), debe pagar un copago. Los medicamentos y los servicios de prevención de la Ley de Atención Médica Accesible requieren el copago correspondiente a este plan.



¿Qué hay de nuevo para 2017?

Además de los cambios en los medicamentos recetados, mencionados en la página 2, a continuación se detallan los cambios en el Plan Tradicional 70/30:

- **Debe** realizar la declaración sobre el consumo de tabaco durante la Inscripción Abierta para recibir la cobertura del empleado solamente sin prima.
- Deducible más alto.
- Máximo de coseguro médico más alto.
- Máximo de gastos de bolsillo más alto para gastos de farmacia.
- Copagos más altos para:
 - Visitas al consultorio
 - Atención de urgencia
 - Visitas a la sala de emergencia (descartadas con la admisión hospitalaria o permanencia en observación)
 - Admisiones hospitalarias
- Los copagos y la cantidad máxima de farmacia que debe pagar por un suministro de medicamentos recetados están aumentando, muy poco en la mayoría de los casos.

Consulte el cuadro de comparación de planes en las páginas 8 y 9 para obtener detalles sobre los cambios en los beneficios.

Nuevo para
2017

Declaración sobre el consumo de tabaco

Para recibir cobertura en 2017 sin pagar la prima del empleado, debe declarar durante la Inscripción Abierta que no consume tabaco o inscribirse en el programa de múltiples llamadas de QuitlineNC para dejar el tabaco. Para tal fin, responda la pregunta de la declaración en eEnroll como parte del proceso de inscripción en línea. Aunque estuviera inscrito en otra opción de plan y haya declarado durante la Inscripción Abierta del año pasado, deberá volver a realizar la declaración. Si es consumidor de tabaco, se deberá inscribir en QuitlineNC a fin de recibir el crédito de bienestar. Se puede inscribir en el programa de QuitlineNC en cualquier momento entre hoy y el 31 de diciembre de 2016.

Si no pudo realizar la declaración sobre el consumo de tabaco, deberá pagar la cobertura del empleado solamente de este plan.

COMPARACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD ESTATALES PARA 2017

CARACTERÍSTICAS DE DISEÑO DEL PLAN	PLAN DE SALUD DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR (CDHP) (85/15)		PLAN MEJORADO 80/20		PLAN TRADICIONAL 70/30	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Fondo inicial de la HRA	\$600 empleado \$1,200 empleado + 1 \$1,800 empleado + 2 o más		N/A		N/A	
Deducible anual	\$1,500 individual \$4,500 familiar	\$3,000 individual \$9,000 familiar	\$1,250 individual \$3,750 familiar	\$2,500 individual \$7,500 familiar	\$1,080 individual \$3,240 familiar	\$2,160 individual \$6,480 familiar
Coseguro	15 % de gastos elegibles después del deducible	35 % de gastos elegibles después del deducible y la diferencia entre el la cantidad autorizada y el cargo	20 % de gastos elegibles después del deducible	40 % de gastos elegibles después del deducible y la diferencia entre el la cantidad autorizada y el cargo	30 % de gastos elegibles después del deducible	50 % de gastos elegibles después del deducible y la diferencia entre el la cantidad autorizada y el cargo
Máximo de coseguro médico	N/A	N/A	N/A	N/A	\$4,388 individual \$13,164 familiar	\$8,776 individual \$26,328 familiar
Máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos	Consulte el máximo de gastos de bolsillo		\$4,350 individual \$10,300 familiar	\$8,700 individual \$26,100 familiar	N/A	N/A
Máximo de gastos de bolsillo para farmacia	Consulte el máximo de gastos de bolsillo		\$2,500 individual o \$4,000 familiar	\$2,500 individual o \$4,000 familiar	\$3,360	
Máximo de gastos de bolsillo (gastos médicos y de farmacia combinados)	\$3,500 individual \$10,500 familiar	\$7,000 individual \$21,000 familiar	\$6,850 individual \$14,300 familiar	\$11,200 individual \$30,100 familiar	N/A	N/A
Servicios de prevención de la Ley de Atención Médica Accesible (ACA)	\$0 (cubiertos en un 100 %)	35 % después del deducible según el servicio	\$0 (cubiertos en un 100 %)	40 % después del deducible según el servicio	\$40 para médico de atención primaria; \$94 para especialista	50 % después del deducible según el servicio
Visitas al consultorio	15 % después del deducible; se agregan \$25 a la HRA si utiliza un PCP de la tarjeta de identificación; se agregan \$20 a la HRA si utiliza un especialista designado de Blue Options	35 % después del deducible	\$25 para médico de atención primaria; \$10 si utiliza un PCP de la tarjeta de identificación; se agregan \$85 para especialista; \$45 si utiliza un especialista designado de Blue Options	40 % después del deducible	\$40 para médico de atención primaria; \$94 para especialista	50 % después del deducible
Atención de urgencia	15 % después del deducible	15 % después del deducible	\$70	\$70	\$100	\$100

CARACTERÍSTICAS DE DISEÑO DEL PLAN	PLAN DE SALUD DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR (CDHP) (85/15)		PLAN MEJORADO 80/20		PLAN TRADICIONAL 70/30	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Sala de emergencia (No se aplica copago con la admisión o permanencia en observación)	15 % después del deducible	15 % después del deducible	\$300 de copago, luego 20 % después del deducible	\$300 de copago, luego 20 % después del deducible	\$337 de copago, luego 30 % después del deducible	\$337 de copago, luego 30 % después del deducible
Hospital de pacientes internados	15 % después del deducible; se agregan \$200 a la HRA si utiliza un hospital designado de Blue Options	35 % después del deducible	\$450 de copago, luego 20 % después del deducible; no se aplica el copago si utiliza un hospital designado de Blue Options	\$450 de copago, luego 40 % después del deducible	\$337 de copago, luego 30 % después del deducible	\$337 de copago, luego 50% después del deducible
MEDICAMENTOS RECETADOS						
Nivel 1 (Genéricos)			\$5 de copago por suministro de 30 días		\$16 de copago por suministro de 30 días	
Nivel 2 (Medicamentos de marca preferida y genéricos de alto costo)			\$30 de copago por suministro de 30 días		\$47 de copago por suministro de 30 días	
Nivel 3 (Medicamentos de marca no preferida)			Deducible/ coseguro		\$74 de copago por suministro de 30 días	
Nivel 4 (Genéricos especializados de bajo costo)	15 % después del deducible	35 % después del deducible	\$100 de copago por suministro de 30 días		10 % hasta \$100 por suministro de 30 días	
Nivel 5 Medicamentos especializados preferidos			\$250 de copago por suministro de 30 días		25 % hasta \$103 por suministro de 30 días	
Nivel 6 (Medicamentos especializados no preferidos)			Deducible/ coseguro		25 % hasta \$133 por suministro de 30 días	
Suministros para pruebas diabéticas preferidos*			\$5 de copago por suministro de 30 días		\$10 de copago por suministro de 30 días	
Medicamentos de prevención según ACA	\$0	\$0	\$0	\$0	N/A	N/A
Medicamentos de prevención del CDHP	15 % no deducible	15 % no deducible	N/A	N/A	N/A	N/A

* Los suministros para pruebas diabéticas no preferidos se pagan como Nivel 3.

PRIMAS MENSUALES PARA 2017

Tenga en cuenta que las primas mensuales que figuran a continuación se aplican a los miembros activos solamente. Las primas mensuales para todos los planes se pueden encontrar en el sitio web del Plan de Salud Estatal: www.shpnc.org.

CDHP (85/15)

TIPO DE COBERTURA	PRIMA MENSUAL DEL EMPLEADO	CRÉDITO DE PRIMA DE BIENESTAR MENSUAL	PRIMA MENSUAL NETA
Empleado	\$80	(\$80)	\$0*
Empleado + hijo(s)	\$276.32	(\$80)	\$196.32*
Empleado + cónyuge	\$585.90	(\$80)	\$505.90*
Empleado + familia	\$618.82	(\$80)	\$538.82*

*Supone la realización de todas las actividades de bienestar.

Plan Mejorado 80/20

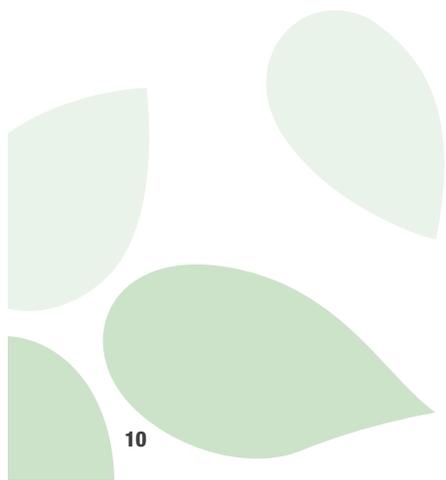
TIPO DE COBERTURA	PRIMA MENSUAL DEL EMPLEADO	CRÉDITO DE PRIMA DE BIENESTAR MENSUAL	PRIMA MENSUAL NETA
Empleado	\$105.04	(\$90)	\$15.04*
Empleado + hijo(s)	\$395.18	(\$90)	\$305.18*
Empleado + cónyuge	\$773.52	(\$90)	\$683.52*
Empleado + familia	\$813.76	(\$90)	\$723.76*

*Supone la realización de todas las actividades de bienestar.

Plan Tradicional 70/30

TIPO DE COBERTURA	PRIMA MENSUAL DEL EMPLEADO	CRÉDITO DE PRIMA DE BIENESTAR MENSUAL	PRIMA MENSUAL NETA
Empleado	\$40	(\$40)	\$0*
Empleado + hijo(s)	\$258.14	(\$40)	\$218.14*
Empleado + cónyuge	\$602.10	(\$40)	\$562.10*
Empleado + familia	\$638.70	(\$40)	\$598.70*

*Supone la realización de la declaración sobre el consumo de tabaco.



AVANCEMOS: ¡ENTRE EN ACCIÓN E INSCRÍBASE!

Siga estos pasos para escoger la mejor cobertura para usted en 2017.



Para obtener información sobre sus beneficios de 2017, visite www.shpnc.org.



Considere sus opciones: CDHP (85/15), Plan Mejorado 80/20 o Plan Tradicional 70/30.



Decida a quién desea brindarle la cobertura del plan: usted solamente, usted + cónyuge, usted + hijos, usted + familia. Recolecte los números del Seguro Social de todos los dependientes que desea inscribir.



Cuando esté listo para inscribirse o cambiar su plan, visite www.shpnc.org y haga clic en “Enroll Now” (Inscribirse ahora) en la barra verde.



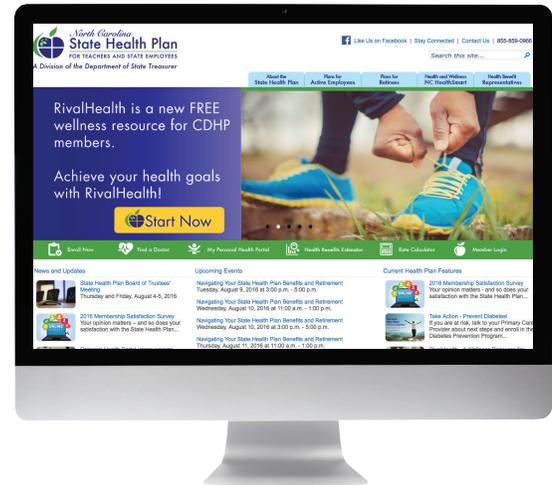
Inicie sesión en el sistema **eEnroll**. Es posible que deba crear una cuenta si utiliza eEnroll por primera vez.

- Revise la información de sus dependientes y haga las modificaciones que sean necesarias.
- Seleccione su plan: CDHP (85/15), Plan Mejorado 80/20 o Plan Tradicional 70/30.
- Complete y dé fe de las actividades de bienestar aplicables para reducir su prima mensual.
- Revise los beneficios que ha seleccionado. Si está conforme con sus elecciones, se le solicitará **save** (guardar) su inscripción.

IMPORTANTE: Después de haber realizado sus elecciones y de que aparezcan en pantalla para revisar e imprimir, debe desplazarse hacia la parte inferior y **hacer clic en SAVE (GUARDAR)**; de lo contrario, sus elecciones no quedarán registradas. **iNo pase por alto este paso fundamental!**



Imprima su declaración de confirmación como constancia.



Debe inscribirse antes de la fecha límite del 31 de octubre de 2016; de lo contrario, usted y sus dependientes actualmente cubiertos serán inscritos en el Plan Tradicional 70/30, de entrada en vigor el 1 de enero de 2017.

INFORMACIÓN PARA AYUDARLO A ESCOGER UN PLAN

Existe una serie de recursos disponibles para ayudarlo a tomar una decisión informada.

1. Visite www.shpnc.org para obtener detalles sobre las opciones de Planes de Salud para 2017. Aquí encontrará recursos y herramientas, que incluyen:

- Videos sobre las opciones de Planes de Salud Estatales y cómo realizar el proceso de inscripción en línea a través de eEnroll
- Una Calculadora de Costos de Beneficios de Salud para ayudarlo a escoger el plan adecuado para usted
- Enlaces a la herramienta de búsqueda de medicamentos de CVS Caremark para ayudarlo a determinar los costos de bolsillo de sus medicamentos
- Resúmenes de beneficios
- Cuadros comparativos que muestran los detalles de cómo se diferencian las opciones de Planes de Salud Estatales entre sí
- Hojas de tarifas que muestran las primas de cada opción

2. Participe en una reunión pública por teléfono. Para reservar su lugar ahora, ingrese a www.shpnc.org.

FECHA	HORA
20 de septiembre de 2016	7 p. m.
29 de septiembre de 2016	7 p. m.



3. Asista a un evento de difusión para miembros. Consulte el cronograma a continuación. Los detalles están disponibles en www.shpnc.org.

FECHA	HORA	CONDADO	LUGAR
13 de septiembre de 2016	2 p. m.	Burke	Western Piedmont Community College
15 de septiembre de 2016	2 p. m.	Forsyth	Forsyth Tech Community College
19 de septiembre de 2016	10 a. m. y 2 p. m.	Wake	Wake Tech Main
21 de septiembre de 2016	2 p. m.	Durham	Durham Tech Community College
22 de septiembre de 2016	2 p. m.	Pitt	East Carolina University
26 de septiembre de 2016	2 p. m.	New Hanover	UNC-Wilmington
27 de septiembre de 2016	10 a. m.	Cabarrus	Rowan-Cabarrus Community College
28 de septiembre de 2016	2 p. m.	Wake	NC State University
29 de septiembre de 2016	10 a. m.	Cumberland	Fayetteville Tech Community College
29 de septiembre de 2016	2 p. m.	Robeson	Robeson Community College
29 de septiembre de 2016	2 p. m.	Guilford	Guilford Tech Community College
6 de octubre de 2016	2 p. m.	Wayne	Wayne Community College
7 de octubre de 2016	10 a. m.	Johnston	Johnston Community College
11 de octubre de 2016	2 p. m.	Alamance	Alamance Community College
13 de octubre de 2016	2 p. m.	Pasquotank	College of the Albemarle

4. Participe en el seminario web “Plan de Salud Estatal 101” sobre la Inscripción Abierta. Para reservar su lugar ahora, ingrese a www.shpnc.org.

FECHA	HORA
13 de septiembre de 2016	12:30 p. m.
13 de septiembre de 2016	4 p. m.
20 de septiembre de 2016	12:30 p. m.
20 de septiembre de 2016	4 p. m.
4 de octubre de 2016	12:30 p. m.
4 de octubre de 2016	4 p. m.
18 de octubre de 2016	12:30 p. m.
18 de octubre de 2016	4 p. m.

Centro de Asistencia para Elegibilidad e Inscripción: 855-859-0966

Durante el período de Inscripción Abierta, del 1 al 31 de octubre, el Centro de Asistencia para Elegibilidad e Inscripción extenderá su horario de atención a fin de ayudarlo con cualquier pregunta sobre la inscripción que pueda tener.

De lunes a viernes: de 8 a. m. a 10 p. m., hora del este, y sábados: de 8 a. m. a 3 p. m., hora del este.

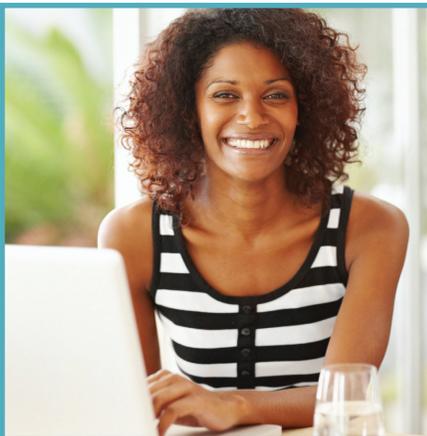


¿CUÁL ES EL PLAN ADECUADO PARA MÍ?

Solo usted puede decidir qué opción de plan es la mejor para usted y su familia. Pero para ayudarlo a tomar la decisión adecuada, le brindamos algunas situaciones que muestran cómo los miembros pueden evaluar sus elecciones médicas.

Tenga en cuenta que en cada situación, verá los términos “comprometido” o “no comprometido”. Un miembro “comprometido” ha realizado todas las actividades de crédito de bienestar a fin de reducir su prima y planea utilizar su PCP seleccionado y los proveedores designados de Blue Options. Un miembro “no comprometido” no ha obtenido créditos para la prima y no planea utilizar un PCP seleccionado ni proveedores designados de Blue Options.

Conozca a Holly



Holly es miembro del Plan de Salud Estatal, tiene dos hijos con la cobertura de su plan y trata de decidir qué plan es adecuado para ella y su familia en 2017.

Un año típico de servicios médicos y de farmacia para Holly y sus hijos podría incluir lo siguiente:

- 3 visitas de cuidado preventivo con un PCP
- 2 visitas de atención primaria adicionales
- 1 visita al especialista
- 2 visitas de atención de urgencia
- 1 receta de mantenimiento mensual (medicamentos de prevención de Nivel 1)
- 1 receta de Nivel 1

“Para ayudarme a decidir sobre un plan, necesito saber cuánto pagaría en cada opción de plan”.

Costos del plan de salud de Holly

		CDHP (85/15)				PLAN MEJORADO 80/20				PLAN TRADICIONAL 70/30			
		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO	
		COPAGO/ COSTO DE UNIDAD	COSTO TOTAL										
SERVICIOS MÉDICOS	CANT.												
Visitas de prevención al PCP	3	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$40	\$120	\$40	\$120
Visitas de atención primaria	2	\$150	\$300	\$150	\$300	\$25	\$50	\$10	\$20	\$40	\$80	\$40	\$80
Visitas al especialista	1	\$210	\$210	\$210	\$210	\$85	\$85	\$45	\$45	\$94	\$94	\$94	\$94
Visitas de atención de urgencia	2	\$160	\$320	\$160	\$320	\$70	\$140	\$70	\$140	\$100	\$200	\$100	\$200
MEDICAMENTOS													
Medicamentos de prevención según ACA (Nivel 1)	12	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$16	\$192	\$16	\$192
Recetas de Nivel 1	1	\$40	\$40	\$40	\$40	\$5	\$5	\$5	\$5	\$16	\$16	\$16	\$16
Total (antes de considerar la HRA)			\$870		\$870		\$280		\$210		\$702		\$702
FONDOS PARA LA HRA PROVISTOS POR EL PLAN DE SALUD ESTATAL													
Fondo inicial			\$1,800		\$1,800								
Fondos de incentivos para la HRA													
PCP identificado			\$0		\$125								
Especialista designado de Blue Options			\$0		\$20								
Hospital designado de Blue Options			\$0		\$0								
Programa de estilo de vida saludable			\$0		\$125								
Total de fondos en la HRA para utilizar			\$1,800		\$2,070								

Costos de atención médica de Holly proyectados para 2017

COSTOS ANUALES DEL MIEMBRO	CDHP (85/15)	PLAN MEJORADO 80/20	PLAN TRADICIONAL 70/30
SI HOLLY ES "COMPROMETIDA"*			
Pagos de prima	\$2,356	\$3,662	\$2,618
Gastos de bolsillo	\$0*	\$210	\$702
Total de miembro comprometido	\$2,356	\$3,872	\$3,320
SI HOLLY ES "NO COMPROMETIDA"*			
Pagos de prima	\$3,316	\$4,742	\$3,098
Gastos de bolsillo	\$0*	\$280	\$702
Total de miembro no comprometido	\$3,316	\$5,022	\$3,800

*La HRA de Holly cubrirá todos sus gastos de bolsillo, y Holly podría tener aproximadamente \$1,200 en su HRA para utilizarlos en 2018 si es comprometida o alrededor de \$930 si no lo es.



En conclusión: ¿cuál es la mejor opción para Holly?

Como puede ver, el CDHP (85/15) tiene primas de dependientes más bajas, y los gastos de bolsillo de Holly proyectados para 2017 son inferiores al fondo inicial de la HRA de \$1,800. **Según los cálculos, el CDHP (85/15) es la mejor opción para Holly.**

Conozca a Pete



Pete es miembro del Plan de Salud Estatal con cobertura del empleado solamente y consulta al médico de forma periódica. Ahora trata de decidir cuál es el plan adecuado para él.

Un año de servicios médicos y de farmacia para Pete podría incluir lo siguiente:

- 1 visita de cuidado preventivo con un PCP
- 3 visitas de atención primaria adicionales
- 2 visitas al especialista
- 2 visitas al quiropráctico
- 1 visita de atención de urgencia
- 4 recetas de Nivel 1
- 2 recetas de Nivel 2

“No tengo ninguna enfermedad importante pero me enfermo y consulto al médico con más frecuencia que antes. Estoy tratando de determinar cuánto pagaría en cada opción de plan”.

Costos del plan de salud de Pete

		CDHP (85/15)				PLAN MEJORADO 80/20				PLAN TRADICIONAL 70/30			
		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO	
		COPAGO/ COSTO DE UNIDAD	COSTO TOTAL										
SERVICIOS MÉDICOS	CANT.												
Visitas de prevención al PCP	1	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$40	\$40	\$40	\$40
Visitas de atención primaria	3	\$150	\$450	\$150	\$450	\$25	\$75	\$10	\$30	\$40	\$120	\$40	\$120
Visitas al especialista	2	\$210	\$420	\$210	\$420	\$85	\$170	\$45	\$90	\$94	\$188	\$94	\$188
Visitas al consultorio de nivel medio	2	\$85	\$170	\$85	\$170	\$52	\$104	\$52	\$104	\$72	\$144	\$72	\$144
Visitas de atención de urgencia*	1	\$160	\$143	\$160	\$143	\$70	\$70	\$70	\$70	\$100	\$100	\$100	\$100
MEDICAMENTOS													
Receta de Nivel 1	4	\$40	\$160	\$40	\$160	\$5	\$20	\$5	\$20	\$16	\$64	\$16	\$64
Receta de Nivel 2	2	\$80	\$160	\$80	\$160	\$30	\$60	\$30	\$60	\$47	\$94	\$16	\$94
Total (antes de considerar la HRA)			\$1,503		\$1,503		\$499		\$374		\$750		\$750
FONDOS PARA LA HRA PROVISTOS POR EL PLAN DE SALUD ESTATAL													
Fondo inicial			\$600		\$600								
Fondos de incentivos para la HRA													
PCP identificado			\$0		\$100								
Especialista designado de Blue Options			\$0		\$40								
Hospital designado de Blue Options			\$0		\$0								
Programa de estilo de vida saludable			\$0		\$125								
Total de fondos en la HRA para utilizar			\$600		\$865								

*Supone que Pete ha cumplido con su deducible.

Costos de atención médica de Pete proyectados para 2017

COSTOS ANUALES DEL MIEMBRO	CDHP (85/15)	PLAN MEJORADO 80/20	PLAN TRADICIONAL 70/30
SI PETE ES "COMPROMETIDO"			
Pagos de prima	\$0	\$180	\$0
Gastos de bolsillo	\$638	\$374	\$750
Total de miembro comprometido	\$638	\$554	\$750
SI PETE ES "NO COMPROMETIDO"			
Pagos de prima	\$960	\$1,260	\$480
Gastos de bolsillo	\$903	\$499	\$750
Total de miembro no comprometido	\$1,863	\$1,759	\$1,230



En conclusión: ¿cuál es la mejor opción para Pete?

Dado que Pete utiliza una cantidad relativamente considerable de servicios que están sujetos a copagos en los planes 70/30 y 80/20, **lo más adecuado para él es el Plan Mejorado 80/20 si es miembro comprometido o el Plan Tradicional 70/30 si es miembro no comprometido.**

Nota: El año de servicios descrito para Pete lo acercaría al deducible de \$1,500 en el CDHP (85/15), de modo que un evento de salud importante probablemente convertiría al CDHP (85/15) en una opción de menor costo para él debido al coseguro más bajo y el máximo de gastos de bolsillo para gastos médicos y de farmacia combinados.

Conozca a Maxine



Maxine es miembro del Plan de Salud Estatal con cobertura del empleado solamente. Está en tratamiento con un medicamento especializado y trata de decidir cuál es el plan adecuado para ella.

Un año de servicios médicos y de farmacia para Maxine podría incluir lo siguiente:

- 1 visita de cuidado preventivo con un PCP
- 3 visitas de atención primaria adicionales
- 6 análisis de laboratorio de diagnóstico como parte de sus visitas al consultorio del PCP
- 1 receta mensual de Nivel 1
- 1 receta mensual de Nivel 5 (medicamentos especializados)

"Tomo medicamentos especializados, que suelen ser costosos. Por eso, no estoy segura de cuál sería el mejor plan para mí".

Costos del plan de salud de Maxine

		CDHP (85/15)*				PLAN MEJORADO 80/20				PLAN TRADICIONAL 70/30					
		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO		NO COMPROMETIDO		COMPROMETIDO			
		COPAGO/ COSTO DE UNIDAD	COSTO TOTAL												
SERVICIOS MÉDICOS	CANT.														
Visitas de prevención al PCP	1	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$40	\$40	\$40	\$40
Visitas de atención primaria	3	\$150	\$173	\$150	\$173	\$25	\$75	\$10	\$30	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120
Análisis de diagnóstico	6	\$25	\$58	\$25	\$58	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
MEDICAMENTOS															
Recetas de Nivel 1	12	\$40	\$64	\$40	\$64	\$5	\$50	\$5	\$50	\$16	\$192	\$16	\$192	\$16	\$192
Recetas de Nivel 5	12	\$2,700	\$3,205	\$2,700	\$3,205	\$250	\$2,450	\$250	\$2,450	\$103	\$1,236	\$103	\$1,236	\$103	\$1,236
Total (antes de considerar la HRA)			\$3,500		\$3,500		\$2,575		\$2,530		\$1,588		\$1,588		\$1,588
FONDOS PARA LA HRA PROVISTOS POR EL PLAN DE SALUD ESTATAL															
Fondo inicial			\$600		\$600										
Fondos de incentivos para la HRA															
PCP identificado			\$0		\$100										
Especialista designado de Blue Options			\$0		\$0										
Hospital designado de Blue Options			\$0		\$0										
Programa de estilo de vida saludable			\$0		\$125										
Total de fondos en la HRA para utilizar			\$600		\$825										

*Supone un orden determinado de servicios de Maxine hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Costos de atención médica de Maxine proyectados para 2017

COSTOS ANUALES DEL MIEMBRO	CDHP (85/15)	PLAN MEJORADO 80/20	PLAN TRADICIONAL 70/30
SI MAXINE ES "COMPROMETIDA"			
Pagos de prima	\$0	\$180	\$0
Gastos de bolsillo	\$2,675	\$2,530	\$1,588
Total de miembro comprometido	\$2,675	\$2,710	\$1,588
SI MAXINE ES "NO COMPROMETIDA"			
Pagos de prima	\$960	\$1,260	\$480
Gastos de bolsillo	\$2,900	\$2,575	\$1,588
Total de miembro no comprometido	\$3,860	\$3,835	\$2,068



En conclusión: ¿cuál es la mejor opción para Maxine?

Como consecuencia del copago más bajo para sus medicamentos especializados, **la mejor opción para Maxine es el Plan Tradicional 70/30.**

Con el Plan Mejorado 80/20, Maxine alcanzaría su máximo de gastos de bolsillo para gastos de farmacia de \$2,500, pero aun así pagaría más de bolsillo con ese plan que con el Plan Tradicional 70/30 (además de pagar una prima más alta).

Con el CDHP (85/15), Maxine alcanzaría su deducible rápidamente y llegaría a su máximo de gastos de bolsillo antes de terminar el año debido al alto costo de los medicamentos especializados que toma.

AVISOS LEGALES

Aviso relacionado con los incentivos de bienestar

Su plan de salud está dedicado a ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Se le ha brindado una alternativa razonable a la condición de consumidor de tabaco (la participación en un programa para dejar el tabaco). Si su médico le recomienda una alternativa diferente porque considera que el programa que ofrecemos no es médicamente apropiado, tal recomendación puede adaptarse para permitirle obtener la recompensa. Para realizar una solicitud de adaptación, comuníquese con nosotros al **855-859-0966**.

Aviso de condición de derechos adquiridos

El Plan de Salud Estatal considera que el Plan Tradicional 70/30 es un “plan de salud con derechos adquiridos” conforme a la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Accesible (Ley de Atención Médica Accesible). Según lo permitido por la Ley de Atención Médica Accesible, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó la ley. La condición de plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Atención Médica Accesible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de prestación de servicios médicos de prevención sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor de la Ley de Atención Médica Accesible, por ejemplo, la eliminación de los límites vitales de los beneficios.

Las preguntas relacionadas con qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos, y qué podría causar que un plan de salud con derechos adquiridos cambie de condición deben dirigirse al Servicio al Cliente, llamando al **888-234-2416**. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos a través del sitio web www.healthcare.gov. Como plan con “derechos adquiridos” conforme a la Ley de Atención Médica Accesible, los costos compartidos por ciertos beneficios de prevención pueden continuar como hasta ahora y estar establecidos en el lugar donde se presta el servicio.

Inscripción en el Plan de Beneficios Flexibles (según la Sección 125 del IRS) para el Plan Médico Estatal

Si usted es un empleado activo, es elegible para participar en el Plan de Beneficios Flexibles y puede solicitar que sus pagos de la prima del plan de beneficios de salud se deduzcan antes de la retención de impuestos. Los jubilados y miembros con cobertura de continuación de COBRA no son elegibles para participar porque deben tener ingresos de dónde deducir los pagos de la prima. El Plan de Beneficios Flexibles permite que cualquier prima que pague por la cobertura de beneficios de salud se deduzca de su cheque de sueldo antes de la retención de impuestos federales, estatales y de FICA. Al participar, podrá reducir sus ingresos gravables y su responsabilidad tributaria, reduciendo así el costo neto de la cobertura de su plan de salud.

El Plan de Beneficios Flexibles está diseñado para que su participación sea

automática salvo que la rechace. Si desea rechazar la participación y solicitar que sus contribuciones se paguen “después de la retención de impuestos”, deberá hacerlo a través del sistema eEnroll o completar el formulario de Rechazo del Plan de Beneficios Flexibles (Sección 125 del IRS), que está disponible en el sitio web del Plan en www.shpnc.org. Tendrá la oportunidad de cambiar su elección de participación en cada periodo de Inscripción Abierta. El Plan de Beneficios Flexibles administrado por el Plan de Salud Estatal es para el pago de primas del plan de beneficios de salud antes de la retención de impuestos solamente y es independiente y distinto de NCFlex, que es administrado por la Oficina Estatal de Recursos Humanos.

Su cobertura de beneficios de salud solo puede cambiarse (agregar o dar de baja a dependientes) durante el periodo de Inscripción Abierta o cuando ocurra uno de los siguientes eventos:

- Su estado civil cambia debido a matrimonio, fallecimiento del cónyuge, divorcio, separación legal o anulación.
- Aumenta o disminuye la cantidad de dependientes elegibles debido a nacimiento, adopción, entrega en adopción o fallecimiento del dependiente.
- Usted, su cónyuge o sus dependientes elegibles experimentan un cambio en su condición laboral que genera la pérdida o la obtención de una cobertura de salud de grupo.
- Usted, su cónyuge o sus dependientes adquieren el derecho a una cobertura conforme a la Parte A o Parte B de Medicare o Medicaid.
- Su dependiente deja de ser dependiente elegible (por ejemplo, el hijo dependiente cumple 26 años).
- Usted, su cónyuge o sus dependientes comienzan una licencia sin goce de sueldo, como una licencia familiar y médica o una licencia militar, o se reincorporan después de una licencia.
- Recibe una orden de manutención de niños para la asistencia médica calificada (según lo determine el administrador del plan) que exige que el plan les proporcione cobertura a sus hijos.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes experimentan un cambio de cobertura o de costos en otro plan de salud de grupo en el que se permitió un cambio de elección, puede realizar un cambio de elección correspondiente en el Plan Flexible (por ejemplo, el empleador de su cónyuge aumenta considerablemente el costo de la cobertura y, por lo tanto, le permite a su cónyuge cambiar su elección).
- Si cambia su condición laboral de tal manera que ya no necesita un promedio de 30 horas de servicio por semana pero no pierde la elegibilidad para la cobertura del Plan de Salud Estatal (por ejemplo, usted se encuentra en un periodo de estabilidad en el que califica como tiempo completo), aún puede revocar su elección siempre que certifique que se ha inscrito o se inscribirá (e inscribirá a cualquier otro familiar cubierto) en otra cobertura que proporcione cobertura esencial mínima (por ejemplo, el mercado de seguros) que entre en vigor el primer día, y no después, del segundo mes posterior al mes que incluye la fecha en la que se revoca la cobertura original.
- Puede revocar anticipadamente su elección de Plan de Salud Estatal si certifica que tiene la intención de inscribirse e inscribir a sus dependientes cubiertos en el mercado de seguros para la cobertura que entre en vigor el día inmediatamente posterior, y no después, al último día de la cobertura original que se revoca.

- Usted o sus hijos pierden elegibilidad para Medicaid o un Programa de Seguro Médico Infantil estatal. En este caso, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de elegibilidad.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura (según lo define la HIPAA) en cualquier plan de salud de grupo o cobertura del seguro médico (por ejemplo, cobertura en el mercado individual, incluido el mercado de seguros), usted puede cambiar su elección de participación.

Además, aunque experimente alguno de estos eventos, su cambio de elección debe ser “coherente” con el evento, según lo define el IRS. En consecuencia, quizá no le permitan realizar el cambio de elección que desea si no es coherente con el evento, según lo determinan las normas y reglamentaciones del IRS. Cuando ocurren estos eventos, debe realizar una solicitud a través del sistema de inscripción en un plazo de 30 días a partir del evento (excepto por lo descrito anteriormente). Si no procesa la solicitud en un plazo de 30 días, debe esperar hasta la siguiente Inscripción Abierta para realizar el cambio de cobertura. Cuando informa un cambio debido a un evento que califica, la deducción de su prima se efectuará antes de la retención de impuestos.

Aviso a los miembros del Plan Médico Estatal para Maestros y Empleados Estatales respecto de sus beneficios de salud mental

Conforme a la ley federal conocida como Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), Ley Pública 104-191, según enmiendas, los planes de salud de grupo deben cumplir, en general, los requisitos mencionados a continuación.

Sin embargo, la ley también les permite a los empleadores de los gobiernos estatales y locales que patrocinan planes de salud optar por eximir al plan de algunos de estos requisitos para la parte del plan que es “auto-financiada” por el empleador, en vez de ofrecerse mediante una póliza de seguro. El Estado de Carolina del Norte ha decidido eximir al Plan de Salud Estatal para Maestros y Empleados Estatales (Plan de Salud Estatal) de los siguientes requisitos:

El requisito que estipula paridad en la aplicación de ciertos límites a los beneficios de salud mental.

Ese requisito estipula que los planes de salud de grupo (de empleadores que emplean a más de 50 empleados) que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos, así como beneficios de salud mental o de abuso de sustancias adictivas, deben asegurar que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento aplicables a los beneficios de salud mental o de abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros y limitaciones de tratamiento predominantes aplicables a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan.

La ley estatal, conforme a N.C.G.S. § 135-48.50 (4), exige que el Plan proporcione beneficios para el tratamiento de enfermedades mentales y de dependencia química y que los beneficios proporcionados tengan los mismos deducibles, límites de duración y factores de coseguro que los beneficios para las enfermedades físicas en general. Los actuales beneficios de salud mental cumplen con las estipulaciones de la ley estatal.

La exención de estos requisitos federales entrará en vigor para el año del plan 2017, comenzando el 1 de enero de 2017 y finalizando el 31 de diciembre de 2017. La elección puede renovarse para los años del plan subsiguientes.

¿Qué significa esto para usted?

Recuerde que no perderá su cobertura de salud como resultado de estas elecciones y que sus beneficios de salud mental no cambian. Los beneficios de salud mental del Plan de Salud Estatal están establecidos en los estatutos de Carolina del Norte y en la póliza del Plan. Los miembros pagan un copago por servicios de consultorio dentro de la red; después de 26 visitas al consultorio de salud mental por año de beneficios, los miembros deben solicitar autorización para visitas adicionales a fin de verificar la necesidad médica. El miembro también tiene la responsabilidad de asegurar que todos los servicios de internación y ambulatorios fuera de la red estén autorizados antes de prestarse y que las admisiones de emergencia fuera de la red se autoricen tan pronto como sea razonablemente posible después de la admisión. Los servicios recibidos en un ámbito de atención ambulatoria están sujetos al deducible y coseguro, y los servicios de internación están sujetos a un copago de internación, el deducible y el coseguro. Para obtener información adicional, consulte su folleto de beneficios o ingrese en www.shpnc.org, seleccione “My Medical Benefits” (Mis beneficios médicos) y revise el “Plan Comparison Chart” (Cuadro de comparación de planes).

Aviso sobre los servicios relacionados con la mastectomía

Según lo estipulado por la Ley Derechos de la Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, se brindan beneficios por servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de la reconstrucción y cirugía para alcanzar simetría entre los senos y prótesis, y resolver las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido linfedema. Para más información, comuníquese con el Servicio al Cliente al **888-234-2416**.

Aviso de accesibilidad y no discriminación

El Plan de Salud Estatal cumple con las leyes federales sobre derechos civiles aplicables y no discrimina en función de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. El Plan de Salud Estatal no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

El Plan de Salud Estatal:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros. Algunos de estos servicios son los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no es inglés. Algunos de estos servicios son los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles, identificado a continuación (el “Coordinador”):

Funcionario de Cumplimiento del Plan de Salud Estatal, **919-814-4400**

Si considera que el Plan de Salud Estatal no le brindó estos servicios o ejerció discriminación en su contra, puede presentar una queja formal ante el Coordinador. Puede hacerlo en persona o por correo, fax o correo electrónico. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Si tiene alguna queja, preséntela por vía electrónica en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **919-814-4400**.

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 **919-814-4400**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **919-814-4400**.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **919-814-4400**.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **919-814-4400**.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالجان. اتصل برقم **919-814-4400**.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **919-814-4400**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **919-814-4400**.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **919-814-4400**.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **919-814-4400**.

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សុំព្រមព្រៀងយល់ព្រមកែភាសា ជាយមិនគិតល្មន្ទល្មួល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ៊ីនធឺណិត។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **919-814-4400**។

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **919-814-4400**.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **919-814-4400**।

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຜ່ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 919-814-4400.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **919-814-4400**。

Comuníquese con nosotros

Centro de Asistencia para Elegibilidad e Inscripción (preguntas sobre eEnroll): **855-859-0966**
(Horario de atención extendido durante la Inscripción Abierta: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 10 p. m., hora del este, y sábados, de 8 a. m. a 3 p. m., hora del este.)

Blue Cross and Blue Shield of NC (beneficios y reclamos): **888-234-2416**

CVS Caremark (preguntas sobre beneficios de farmacia para 2017): **888-321-3124**
(La línea telefónica se habilita el 1 de octubre.)

NC HealthSmart (Evaluación de Salud): **800-817-7044**



State Health Plan
 Eligibility and Support Center
 100 Benefitfocus Way
 Charleston, SC 29492



2017 GUÍA DE DECISIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA