



Sus Beneficios

Esta página está dirigida al personal y pastores del Pacto dándoles a conocer las opciones para sus beneficios de seguro médico del 2023. Debe completar y rellenar el formulario adjunto y enviarlo a su empleador, el cual deberá enviar su información a través de una plataforma segura para información personal. **Para más información y si tiene alguna pregunta, regístrese y participe en el seminario en Línea el día 4 de octubre a las 12:00 CT.**

¿Qué tienen en común?

Todos los planes tienen:

- Amplia red nacional de Blue Cross Blue Shield PPO
- Servicios preventivos y medicamentos cubiertos 100%
- Servicio al cliente
- Recompensas por bienestar: gane dinero en efectivo por completar tareas simples y aprender sobre su salud y mantenerse al día con la atención preventiva
- Póliza médica: los mismos servicios están cubiertos por todos los planes y el costo total es el mismo, pero pagará diferentes cantidades según el plan que elija
- Formulario de prescripciones: las mismas prescripciones están cubiertas por todos los planes y el costo total es el mismo, pero pagará cantidades diferentes según el plan que elija
- Teladoc: acceso a médicos de atención primaria, dermatólogos y proveedores de salud mental por teléfono y video

¿Qué es diferente?

- La cantidad cubierta por el seguro y pagada por el empleado
- El costo de la prima cobrado al empleador (y muy probablemente una deducción de nómina para el(los) plan(es) más alto(s) y/o una contribución a la Cuenta de Ahorros de Salud para el Plan Básico del Pacto, según las políticas de su empleador)
- **La disponibilidad de aportes a la cuenta de ahorro para salud** (solo disponible en conjunto con el Plan Básico del Pacto): puede realizar sus propios aportes a su Cuenta de Ahorro para Salud



Covenant Benefits ofrece ahora un Plan de Costos el cual está disponible a través de HSA

(VER INFORMACIÓN EN EL VOLANTE INCLUIDO DE NATIONAL COVENANT PROPERTIES)



Médicos y Recetas

Covenant Benefits ofrece tres opciones de seguro de salud que los empleados pueden elegir según sus preferencias y necesidades.

	Plan Máximo del Pacto	Plan Estándar del Pacto	Plan Básico del Pacto <i>(eligible para HSA)</i>
NIVELES	PLATINO	ORO	PLATA
Deducibles*			
Deducible	\$400	\$2,000	\$6,250
Deducible familiar	\$800	\$4,000	\$12,500
Porcentaje que se cubre después del deducible	80%	80%	100%
Máximo Desembolso	\$2,700	\$5,500	\$6,250
Máximo Desembolso Familiar	\$5,400	\$11,000	\$12,500
Médico de Atención Primaria	\$20	\$35	deducible
Médico Especialista	\$20	\$45	deducible
Costo de Prescripciones**			
Genericos 30 días /90 días	\$8/\$16	\$8/\$16	deducible
Marca preferida 30 días /90 días	\$40/\$85	\$40/\$85	deducible
Marca no preferida 30 días /90 días	\$65/\$140	\$75/\$160	deducible
Especialidad 30 días /90 días	\$100/\$225	\$125/\$280	deducible
Tarifas ***			
Empleado unicamente	\$770	\$700	\$613
Empleado + Hijo(s)	\$1,822	\$1,656	\$1,449
Empleado + Esposo(a)	\$1,918	\$1,744	\$1,526
Familia	\$2,055	\$1,868	\$1,635

*El desembolso máximo incluye todos los deducibles y copagos correspondientes

**Surtidos de recetas para 90 días disponibles a través de pedidos por correo de Express Scripts y farmacias de Walgreens

El plan que elija depende de sus necesidades y preferencias. El Plan Básico, cuando se asocia con una cuenta de ahorros para salud, puede ofrecer ahorros en impuestos sobre la renta y el potencial de aumentar los ahorros para años futuros, especialmente si su empleador agrega una contribución a su HSA en su nombre. Si prefiere pagar copagos por sus recetas en lugar de acumular para su deducible al comienzo del año, el Plan Máximo o el plan Estándar puede ser para usted.



Covenant Benefits Formulario de Inscripción

TAMBIÉN DISPONIBLE EN LÍNEA

Este formulario debe ser completado por cada empleado elegible para beneficios y utilizado por el empleador para actualizar la información de beneficios en el portal de inscripción en línea. Este formulario debe conservarse en los registros de personal del empleador siete años por lo menos.

1. SU INFORMACIÓN

Nombre: _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: () _____

2. TIPO DE COBERTURA

Seleccione la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades

Medical / Estructura familiar (elija uno)

- Ninguno (solo disponible si la cobertura de salud es proporcionada por otro empleador o plan gubernamental subsidiado; se puede solicitar prueba de cobertura)
- Individual
- Empleado más hijo(s)
- Empleado más cónyuge
- Familia completa (hijo(s) y cónyuge)

Estructura familiar para cobertura Dental/visión (elija uno)

- Nombre
- Individual
- Empleado más hijo(s)
- Empleado más cónyuge
- Familia completa (hijo(s) y cónyuge)

Medical/ Plan de prescripción (elija uno)

- Plan Máximo del Pacto
- Plan Estándar del Pacto
- Plan Básico del Pacto



3. INFORMACIÓN DEPENDIENTE(S)

Incluya la información de los miembros de la familia. Los hijos menores de 26 años son elegibles.
Se puede solicitar la verificación de matrimonio, nacimiento o adopción.

Nombre del Cónyuge: _____ Masculino Femenino

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre del hijo(a): _____ Masculino Femenino

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre del hijo(a): _____ Masculino Femenino

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre del hijo(a): _____ Masculino Femenino

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre del hijo(a): _____ Masculino Femenino

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

4. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

(Solo empleados de tiempo completo; si se están inscribiendo recientemente o aún no están registrados)

Beneficiario Principal

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ SSN: _____

Beneficiario Contingente

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ SSN: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____