

Estimado afiliado:

Esta hoja volante está diseñada para apoyarle respondiendo a preguntas frecuentes sobre los cambios a su plan médico que entraron en vigor el 1ro. de mayo de 2024.

Para cualquier pregunta que tenga y que no se responda en esta hoja, sírvase comunicarse con el defensor del participante del Fondo de Salud del Sindicato Local 812, Joseph Geremina, al 516-303-1455, ext. 3. También se le invita a comunicarse con MagnaCare al 877-606-6701.

Ésta es una descripción de los cambios al nivel más alto:

CON VIGENCIA DESDE MAYO DE 2024

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE	\$500 Individual \$1,000 Familiar	\$1,500.00 Individual \$3,000.00 Familiar
COPAGO	\$40 Visitas al consultorio	Ninguna
CONTRIBUCIÓN DE SEGURO	Ninguna	Usted paga el 30% de los cobros permitidos
MÁXIMO DESEMBOLSO PERSONAL (Sólo dentro de la red)	\$2,000 Individual \$4,000 Familiar	Ninguna

CON VIGENCIA DESDE MAYO DE 2025

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE	\$750 Individual \$1,500 Familiar	Se queda igual
COPAGO	Se queda igual	Ninguna
CONTRIBUCIÓN DE SEGURO	Ninguna	Se queda igual
MÁXIMO DESEMBOLSO PERSONAL (Sólo dentro de la red)	Se queda igual	Ninguna

¿Cuáles son mis costos cuando voy a un doctor dentro de la red para mi examen médico anual o cualquier servicio preventivo?

Cuando usted va a un doctor dentro de la red o a un examen físico anual, o a cualquier servicio preventivo, no hay costo compartido (ningún deducible ni ningún copago) por su visita.

Dependiendo de su edad, sexo y otros factores de riesgo, los servicios preventivos sin costo alguno pueden incluir, entre otros:

- Pruebas de presión alta, diabetes y colesterol.
- Muchos análisis de cáncer, incluyendo mamografías y colonoscopías.
- Asesoría terapéutica en temas tales como dejar de fumar, perder peso, comer sanamente, tratar la depresión y reducir el consumo de alcohol.
- Visitas rutinarias de bienestar para el bebé y el niño.
- Vacunaciones de rutina contra enfermedades tales como sarampión, poliomielitis o meningitis.
- Orientación, análisis y vacunas para asegurar embarazos saludables.
- Vacunas cubiertas.

Puede usted averiguar más sobre servicios de atención preventiva visitando:

<https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/preventive-care/index.html>

¿Qué pasa si voy a un doctor fuera de la red para mi examen físico anual o para cualquier cuidado preventivo?

Si usted usa a un proveedor de atención fuera de la red, el Fondo pagará el 70% de la compensación después de que se aplique el deducible —si lo hay— por los servicios brindados. Usted es responsable de pagar el otro 30%. También es posible que le manden factura por la diferencia —si la hay— entre la cuota cobrada y la cantidad que pagó el fondo (“facturación del saldo”). Por tanto, acudir a un médico de la red le brindará a usted los mejores ahorros en costos.

Necesito ir al doctor (no para mi examen físico anual), pero no he cumplido mi deducible. ¿De todas formas pago la contribución de \$40.00?

Los siguientes ejemplos ilustran cómo funciona esto:

Ejemplo 1: Acude usted a un doctor dentro de la red antes de cumplir el pago de su deducible. El consultorio del doctor tal vez llame a MagnaCare y pregunte cuánto se ha aportado para su deducible al momento de su consulta. Este doctor dentro de la red ha aceptado una cantidad fija por su visita. Si esa cantidad es de \$150.00, y ellos saben que se ha aportado \$0 a su deducible, entonces se le cobrará el monto completo de \$150.00. Cuando el reclamo de cobro se mande a MagnaCare, su explicación de coberturas mostrará que se han aportado \$150.00 a su deducible.

En algunos casos, el consultorio de su doctor solamente le cobrará a usted su contribución de \$40.00 sin preguntar cuánto se ha aportado para su deducible. Entonces, cuando mandan su reclamo de cobro a MagnaCare, \$150.00 se aportarán para su deducible. Como ese médico ha aceptado \$150.00 como pago completo, usted será responsable de pagarle al médico el resto de \$110.00.

Usted no será responsable del copago de \$40.00 sino hasta que haya terminado de cumplir las aportaciones de su deducible.

Ejemplo 2: En este ejemplo, usted va al consultorio de su doctor, pero ya se han aportado \$450.00 a su deducible dentro de la red, por lo que faltan \$50.00 para cumplir el deducible de \$500.00. Al igual que en el Ejemplo 1, los doctores acordaron una tarifa de \$150.00, por lo cual, en este caso, si su doctor llama con antelación a MagnaCare y sabe cuánto le queda de deducible por aportar, pedirá los \$50.00 que quedan de deducible, más su copago de \$40.00 por visita. Una vez que termine de cumplir su deducible, usted será responsable de su copago de \$40.00 por consulta. Cuando el doctor manda el cobro a MagnaCare, su explicación de coberturas mostrará que \$50.00 se aportaron al deducible, que \$40.00 fueron contribución de pago por consulta, y que se pagaron \$60.00 al doctor.

Cuando se cumple toda la aportación al deducible, usted solamente será responsable de pagar \$40.00 por cada visita al consultorio durante el resto del año.

Por favor, tome en cuenta que las aportaciones a su deducible dentro de la red y su deducible fuera de la red deben cumplirse por separado. Los gastos dentro de la red no se aplican a las aportaciones al deducible fuera de la red, y viceversa.

¿Cómo cambia la cobertura cuando voy a un doctor fuera de la red?

La única diferencia es que ha aumentado el deducible fuera de la red. Todo lo demás se queda igual.

Explicación de coberturas

En algún momento después de su visita, recibirá usted una carta de MagnaCare llamada “explicación de coberturas” (EOB, por sus siglas en inglés). NO es una factura. La información en la EOB incluye lo siguiente:

- La cantidad que cobró el doctor.
- La cantidad que otorgó MagnaCare por el servicio proporcionado.
- La cantidad que se aportó para su deducible.
- La cantidad que usted ya dio de copago.
- La cantidad que usted es responsable de pagar.
- La cantidad que queda en su deducible anual individual y en el deducible familiar.

¿Por qué es importante leer y guardar mis explicaciones de cobertura?

Cuando usted recibe la factura del consultorio del doctor por su visita, la cantidad que tiene que pagar a su doctor debe coincidir con la cantidad de la explicación de cobertura. Si no coincide, puede llamar a la Oficina del Fondo y pedir ayuda en el 516-303-1455, ext. 3, o a MagnaCare al 877-606-6701. Por favor note que la aplicación CREATE es la forma más rápida de acceder a la información de la EOB directamente desde su teléfono. La aplicación CREATE también sirve para localizar servicios dentro de la red, como doctores, centros de urgencias, especialistas, etc.

¿Qué pasa si voy al doctor ya que cumplí mi deducible individual, pero todavía tengo un deducible familiar?

Las coberturas se pagarán basándose en que usted ya cumplió su deducible individual. Las coberturas de los demás familiares estarán sujetas a los deducibles individuales de ellos, hasta que se cumpla el deducible familiar. Una vez que se ha cumplido el deducible familiar, no hay más necesidad de cumplir deducibles individuales.

¿Qué tendré que pagar si voy a una sala de urgencias?

Si usted va a la sala de urgencias, cualquier cobertura a pagar quedará sujeta a su resto de deducible a cumplir, si es que lo hay, y un copago de \$100.00. Es posible que también tenga que pagar una contribución de \$40.00 por el doctor de la sala de urgencias.

Si su visita a urgencias resulta en que queda admitido en el hospital como interno, se anularán la contribución de \$40.00 del doctor y la cuota de \$100.00 por sala de urgencias.

Yo soy un jubilado y tengo Medicare. ¿De qué modo me afecta el nuevo deducible?

Si usted es un jubilado con derecho a Medicare, Medicare es su plan primario, y el Fondo de Salud del Sindicato Local 812 es su plan suplementario. Esto significa que Medicare será responsable de pagarle sus coberturas antes de que el Fondo de Salud comience a pagar cualquier cobertura. Como Medicare es primario y el Fondo es secundario, usted no estará obligado a cumplir con el deducible individual antes de que el Fondo empiece a pagar coberturas.

¿Cómo quedan afectadas mis coberturas de cuidado dental y de la vista con el cambio de coberturas?

Sus coberturas de cuidado dental y de la vista no son afectadas en lo absoluto. Usted no tiene que cumplir ningún deducible para utilizar completamente sus planes de cobertura de atención dental y de la vista. Pero tome en cuenta que, si acude a un oftalmólogo, él(ella) es un médico. Como resultado, se aplicaría el deducible (si lo hay) y el copago por la visita.

Si tiene cualquier pregunta general, sírvase comunicarse a la Oficina del Fondo al 516-303-1455, ext. 3. Puede comunicarse con sus proveedores de cuidado dental y de la vista aquí:

Sele-Dent: 800-520-3368

Davis Vision: 800-999-5431

Exámenes de la vista: 800-652-0063

¿De qué manera el cambio de coberturas afecta mis coberturas de medicamentos?

Usted ya no está obligado a pagar el 20% de contribución de seguro por una medicina genérica, independientemente de si la recoge en su farmacia local o se la entregan por correo en su casa. Para las medicinas de marca —incluyendo medicamentos especializados—, la contribución de seguro que era del 20% ha aumentado al 30%. Le recomendamos que pida a su doctor que recete un medicamento genérico (sin marca) siempre que sea posible. El uso de medicamentos sin marca es la forma más eficaz de minimizar los gastos personales.

¿De qué manera el límite de máximo desembolso personal me protege a mí y a mi familia?

El límite al desembolso personal que usted tiene que pagar cada año por servicios médicos y de hospital es de \$2 mil por individuo y \$4 mil por familia. Las cantidades pagadas que se aportan a su deducible y a sus contribuciones de pago cuentan para su límite de desembolso anual. Una vez que haya pagado hasta el límite de desembolso por servicios médicos y de hospital, el Fondo es responsable del costo de la atención. El límite al desembolso solamente se aplica para coberturas dentro de la red. No hay límite de desembolso en los gastos fuera de la red.

Aunque son las mismas cantidades (\$2 mil individual y \$4 mil familiar), hay un límite de desembolso separado para medicinas.

¿Qué tendré que pagar por análisis de diagnósticos?

Si se le prescribe hacerse un análisis para diagnosticar (por ejemplo, un examen de resonancia magnética, un electrocardiograma o análisis de sangre), lo más probable es que en el consultorio le pidan un copago de \$40.00.

Algunos análisis de cáncer (como mamografías o colonoscopías) se consideran atención preventiva y no estarán sujetos a deducible ni a copago. Cualquier análisis de laboratorio o patología relacionado con COVID-19 estarán cubiertos por su plan médico y sujetos a un copago de \$40.00.

Vocabulario

Facturación del saldo: Cuando un proveedor de atención le entrega factura por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que MagnaCare pagó. Aunque los proveedores dentro de la red pueden pasarle a usted la factura por cantidades que aportan a su deducible, no pueden entregarle factura por un saldo.

Contribución de seguro: Un porcentaje del costo total del servicio que usted está obligado a pagar a un proveedor de atención.

Copago: Una cantidad fija de desembolso personal por servicios cubiertos. Si usted usa un proveedor dentro de la red, SOLAMENTE se le pasará factura si rebasa el copago, y hasta que cumpla el deducible.

Deducible: La cantidad que usted paga **antes** de que el Fondo empiece a cubrir los costos o cuando se apliquen copagos. El deducible se aplica antes de cualquier copago o contribución de seguro.

Máximo de desembolso personal: Es la cantidad máxima que usted paga por servicios cubiertos durante un año nacional.

Puede encontrar definiciones de otros términos usuales relacionados con la cobertura del Plan visitando: <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary>