

Para empleados de hospitales y organizaciones miembros con sede en Maryland y Washington, D.C.

# INSCRIPCIÓN ABIERTA DE BENEFICIOS

Del 16 de octubre al 1 de noviembre de 2024

Inscríbese o cambie sus beneficios en SmartSource antes del viernes 1 de noviembre.



**Puede inscribirse, cancelar o cambiar estos beneficios, que entrarán en vigencia el 1 de enero de 2025:**

- Seguro médico y de medicamentos recetados, dental y de la vista
- Cuentas de gastos flexibles (FSA) para el cuidado de la salud y de dependientes
- Seguro de vida complementario
- Seguro contra accidentes, seguro de enfermedad grave y seguro de indemnización por hospitalización
- Servicios legales prepagos
- Seguro de incapacidad a largo plazo

Este es un buen momento para verificar también a sus beneficiarios.

## Cambios importantes para 2025

**Cambios en las aportaciones:** Para armonizar los beneficios en todo el sistema de salud, estamos cambiando las aportaciones de los empleados para nuestros planes médicos, dentales y de la vista. Estos cambios necesarios nos ayudarán a alinear las estructuras de aportación en todo el sistema de salud y mantenernos competitivos en el mercado a la vez que somos equitativos.

**Los beneficios para la vista ahora funcionan por año calendario:** Los beneficios de la vista se restablecerán cada año calendario el 1 de enero en lugar de cada 12 meses.

## ¿Tengo que inscribirme?

Sí, solo si desea...

- tener una cuenta de gastos flexibles (FSA)
- agregar o eliminar dependientes de la cobertura
- agregar o cambiar beneficios

De lo contrario, no necesita hacer nada. Sus beneficios actuales, **excepto las FSA**, continuarán en 2025.

## Todo lo que necesita está en myBenefits

Visite [myBenefitsJHHS.com](https://myBenefitsJHHS.com) o escanee el código QR para ver información sobre todos sus beneficios, cambios para 2025 y aportaciones.

Cuando esté listo para inscribirse, acceda a SmartSource directamente desde myBenefits.

**myBenefits y SmartSource están disponible en español:**

- En myBenefits, seleccione **Spanish** en el menú desplegable Choose Language (Elija idioma).
- En SmartSource, seleccione **Español** en el menú desplegable Welcome (Bienvenido) en la esquina superior derecha.



¿Preguntas? Comuníquese con el Centro de Asistencia de RR. HH. al 443-997-5400 o [hrsc@jhmi.edu](mailto:hrsc@jhmi.edu).

## Tablas comparativas de planes de salud

Las tablas que siguen reflejan solo la cobertura dentro de la red. Para obtener más detalles de la cobertura, incluida la cobertura de medicamentos recetados y fuera de la red, visite [myBenefitsJHHS.com](http://myBenefitsJHHS.com).

	Plan EPO de Johns Hopkins	Plan PPO de Johns Hopkins	Plan DPC de Johns Hopkins	HMO de Kaiser (solo suburbano)	
<b>Deducible anual</b>	\$500 por persona \$1,000 por familia	Determinado por nivel salarial			Ninguno
		<\$50,000 \$150 por persona \$300 por familia	\$50,000 – \$120,000 \$200 por persona \$400 por familia	>\$120,000 \$300 por persona \$600 por familia	
<b>Máximo anual de gastos por su propia cuenta</b>	\$3,000 por persona \$6,000 por familia	Determinado por nivel salarial			Ninguno
		<\$50,000 \$1,500 por persona \$3,000 por familia	\$50,000 – \$120,000 \$2,000 por persona \$4,000 por familia	>\$120,000 \$3,000 por persona \$6,000 por familia	
<b>Cobertura fuera de la red</b>	No	Sí	Sí	No	
<b>Coaseguro</b> Se aplica después del deducible	Preferido <sup>1</sup> : Usted paga el 10% Cigna: Usted paga el 20%	Preferido <sup>1</sup> : Usted paga el 10% Cigna: Usted paga el 20%	Preferido <sup>1</sup> : Usted paga el 10% Cigna: Usted paga el 20%	Ninguno	
<b>Visita al consultorio del médico primario</b>	\$20 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago para el empleado \$10 de copago para dependiente	\$15 de copago \$0 para niños menores de 5 años	
<b>Sala de emergencia</b>	\$250 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago	\$75 de copago (exento si es hospitalizado)	
<b>Cuidado urgente</b>	\$40 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago	

1. Los médicos y proveedores preferidos son aquellos en la Red de proveedores preferidos de los Programas de salud para empleadores (Employer Health Programs, EHP). Visite [ehp.org/find-a-provider](http://ehp.org/find-a-provider) y seleccione "Search the EHP Network" (Buscar en la Red de los EHP) para encontrar proveedores preferidos

### Dental<sup>2</sup>

	Plan completo (Comprehensive)	Plan alto
<b>Deducible anual</b>	Ninguno	Ninguno
<b>Máximo anual</b> Excluye ortodoncia	\$1,500 por persona	\$3,000 por persona
<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios básicos</b>	Usted paga 20% de coaseguro	Usted paga 20% de coaseguro
<b>Servicios mayores</b>	Usted paga 50% de coaseguro	Usted paga 40% de coaseguro
<b>Ortodoncia</b>	No cubierto	El plan cubre el 50 % hasta un máximo de por vida de \$1500 por persona

2. Si se inscribe en el plan médico HMO de Kaiser, la cobertura dental a través de Dominion Dental está incluida en su plan.

3. Cubierto solo para hijos dependientes.

4. Cobertura hasta la cantidad de los lentes trifocales con línea estándares de venta minorista en el consultorio del médico o proveedor; el miembro paga la diferencia entre los lentes trifocales progresivos y con línea estándares de venta minorista, más el copago correspondiente.

### Vista

	Plan de la vista superior
<b>Examen de la vista</b>	Cubierto al 100%
<b>Armazones o lentes de contacto</b>	Asignación de \$175
<b>Lentes de visión simples, bifocales, trifocales, lenticulares y de policarbonato<sup>3</sup></b>	Cubierto al 100%
<b>Lentes progresivos</b>	Cubre hasta la cantidad del trifocal <sup>4</sup>
<b>Ajuste de lentes de contacto</b>	Estándar: Cubierto al 100% Especialidad: Asignación de \$50
<b>Lentes de contacto médicamente necesarios</b>	Cubierto al 100%