

The Corinthian Plan

Juntos, brindando atención médica a pastores y obreros de la iglesia

Descripción general del plan

El Corinthian Plan tiene el agrado de brindar una importante cobertura médica y de otros tipos a los pastores y el personal de las congregaciones de la Iglesia Menonita de EE. UU (MC USA). A continuación, mencionamos los elementos principales del plan:

- Cobertura médica
 - Elección de dos planes de salud calificados con deducibles altos
 - Beneficios médicos integrales.
 - Énfasis en la prevención.
 - Acceso a la red nacional de prestadores preferidos (PPO) de Highmark Blue Cross/Blue Shield y a beneficios relacionados para el control de los costos.
 - Cobertura tanto para pastores acreditados como para otros empleados no acreditados y sus familiares.
- Flexibilidad para que la congregación ofrezca una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA) o bien un plan de reembolso de gastos médicos (HRA) para complementar el plan de salud de los empleados.
- Programa de bienestar con incentivos.
- Cobertura de seguros de vida, por muerte accidental, desmembramiento e invalidez de largo plazo como beneficios obligatorios del plan.
- Cobertura oftalmológica (de la visión) y odontológica (dental) como beneficios opcionales del plan.
- Una estructura de fondos de asistencia mutua para brindar cobertura de salud a pastores cuyas congregaciones no pueden pagarla.

Lea el siguiente resumen del Plan de Corinto para conocer los detalles. Para mayor información, utilice las siguientes vías:

The Corinthian Plan
Mennonite Church USA
718 N. Main Street
Newton, KS 67114-1703
(316) 283-5100
www.CorinthianPlan.com



Resumen del Corinthian Plan

Plan de salud (denominado "Plan para empleados de congregaciones")

Los cinco objetivos de la cobertura de salud son:

- Brindarles cobertura a pastores, empleados de las iglesias y sus familiares
- Ofrecer cobertura ante los altos costos médicos por necesidades surgidas a raíz de catástrofes
- Alentar el autocuidado preventivo en términos de salud
- Practicar la asistencia mutua y el reparto de costos
- Gestionar los costos de las congregaciones y su personal

Opciones de deducibles

Las congregaciones pueden elegir alguna de las siguientes opciones:

- A. **\$3,000 deducible individual (solo para el contribuyente)** (no integrado)*
90%/10% de coseguro de \$10,000
Límite de gastos de bolsillo de \$4,000 (incluye deducible y copagos)

\$6,000 deducible familiar (no integrado)*
90%/10% de coseguro de \$20,000
Límite de gastos de bolsillo de \$8,000 (incluye deducible y copagos)

- B. **\$5,000 deducible individual** (integrado)**
90%/10% de coseguro de \$10,000
Límite de gastos de bolsillo de \$6,000 (incluye deducible y copagos)

\$10,000 deducible familiar (integrado)**.
90%/10% de coseguro de \$20,000
Límite de gastos de bolsillo de \$12,000 (incluye deducible y copagos)

***Deducible no integrado:** Si está inscrito en un "plan familiar", con un deducible no integrado, se deberá alcanzar el deducible total de la familia antes de que comience el reembolso de los gastos.

***Límite máximo de gastos de bolsillo no integrados y límite máximo total de gastos de bolsillo:** Con el límite de gastos de bolsillo no integrados, se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo de toda la familia antes de que comience el reembolso de reclamaciones adicionales.

****Deducible individual dentro del plan familiar:** Si está inscrito en un plan familiar, con este tipo de deducible, una vez que un miembro de la familia haya alcanzado su deducible individual, comenzará el reembolso de los servicios cubiertos para ese miembro. Una vez que el deducible familiar se haya alcanzado colectivamente entre todos los miembros de la familia cubiertos, comenzará el reembolso para todos ellos.

****Límite de gastos de bolsillo individuales y límite máximo total de gastos de bolsillo:** Con su límite de gastos de bolsillo individuales, una vez que un miembro alcanza dicho límite, el reembolso de los servicios cubiertos aumentará al 100% para ese miembro. Una vez que el límite de gastos de bolsillo de la familia se alcanza colectivamente entre todos los miembros cubiertos, el reembolso del 100% de los servicios cubiertos comenzará para todos los miembros de la familia.

Gastos cubiertos

La siguiente asistencia médica y tratamientos cualifican para la cobertura:

- Estancias hospitalarias
 - Situaciones médicas mayores
 - Salud mental
 - Abuso de sustancias
- Asistencia por maternidad
- Asistencia ambulatoria
 - Situaciones médicas mayores
 - Salud mental
 - Abuso de sustancias
- Medicamentos recetados
- Visitas al consultorio médico
- Radiografías y análisis de laboratorio para el diagnóstico
- Servicios médicos domiciliarios
- Manipulaciones de la columna vertebral
- Servicios terapéuticos y de rehabilitación, incluyendo terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje y medicina física

Atención preventiva con cobertura desde el primer dólar ("First-dollar") (el plan paga el 100%)

Para alentar a los afiliados al plan a practicar la prevención y conocer el estado de su salud, el plan paga el 100% de algunos servicios de manera inmediata, sin requerir que la persona abone el deducible. Los siguientes son algunos de los servicios preventivos incluidos:

- Inmunizaciones
- Exámenes físicos
- Mamografías
- Exámenes ginecológicos y pruebas de Papanicolaou
- Exámenes de diagnóstico seleccionados

Cobertura para familiares

El plan incluye cobertura para todos los integrantes elegibles de la familia, cónyuges e hijos menores de 26 años.

Cómo se gestiona el plan de salud

La Iglesia Menonita de EE. UU. (MC USA) es el patrocinador del plan y quien establece el pago de primas de la subvención para aquellas congregaciones que no pueden pagarle a su personal la totalidad del costo de la cobertura. MC USA determina también todos beneficios que el plan cubre.

Everence y Highmark Blue Cross Blue Shield son los administradores del plan. La PPO de Highmark (una red de prestadores) les permite a los afiliados del plan recibir importantes descuentos en la asistencia médica.

Everence hace recomendaciones de tarifas y reservas para el plan de salud, se encarga de las matriculaciones, las facturaciones, la continuación de la cobertura y las desafiliaciones.

Highmark se ocupa de la administración de reclamos, así como de las medidas para el control de costos, tales como:

- Revisar las facturas del hospital
- Negociar tarifas
- Administrar reclamos grandes
- Precertificación

Todos estos servicios ayudan a mantener el costo de la asistencia médica en un nivel más asequible para todos. Los afiliados al plan pueden ayudar utilizando médicos y hospitales que integren la red de PPO de Highmark Blue Cross Blue Shield.

Ningún plan de salud cubre todo

Hoy en día, los planes de salud son muy detallados. Por lo tanto, aquello que el plan cubre (o no cubre) puede ser extremadamente complejo. No todos los servicios de todos los médicos o centros médicos tendrán siempre la cobertura del plan de salud, aun luego de abonar los deducibles. Los afiliados al plan son responsables del pago de los servicios no elegibles, por lo cual sugerimos enfáticamente que llamen por teléfono a Highmark antes de que los afiliados al plan reciban la atención para saber si tal servicio se encuentra cubierto.

El plan de salud pagará siempre los gastos que vayan más allá del deducible de lo siguiente:

- Toda atención que figure como cubierta en la descripción resumida del plan.
- Toda atención médicamente necesaria y apropiada para tratar una lesión o enfermedad.
- Cargos permitidos por un tratamiento similar en una región geográfica dada.

Opciones de cobertura médica para dependientes y empleados rescindidos

Aquellos empleados o dependientes que pierdan la elegibilidad para la cobertura del plan de salud podrán optar por continuar con el plan durante un máximo de 18 meses más, aunque deberán pagar el costo total de la cobertura. Esto se denomina "continuación de la cobertura".

Cuenta de ahorros para gastos de salud y plan de reembolso de gastos médicos

Se anima a las congregaciones a aportar \$500 en fondos para la cobertura de un plan de salud individual y \$1,000 para la cobertura de un plan de salud familiar para sus empleados, con el fin de ayudar a compensar el costo del pago del requisito de los deducibles.

Con una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA), tanto la congregación como los empleados pueden hacer aportes en la cuenta del fondo. Con un plan de reembolso de gastos médicos (HRA), solo la congregación puede hacer los aportes, ya que los empleados no tienen ese permiso.

Dicho de manera simple, ambas opciones ofrecen fondos para los gastos médicos cuando surge la necesidad. Asimismo, ambas brindan ventajas impositivas.

Una (HSA) es propiedad del empleado. Los fondos de la cuenta pueden utilizarse para cualquier gasto médico cualificado, incluyendo el pago de los deducibles del plan o el pago de la atención oftalmológica u odontológica, por ejemplo. El saldo de la cuenta se arrastra de un año a otro. Los fondos del HRA solo pueden utilizarse para los gastos de deducibles.

Requisitos de elegibilidad para las HSA

Para abrir una HSA y efectuar aportes, un afiliado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Tener cobertura dentro de un plan de salud elegible con deducibles altos
- No estar cubierto por ningún otro plan que reembolse gastos médicos (incluyendo aquí los planes de reembolso de gastos

médicos o las cuentas de reembolsos médicos), a menos que también esté coordinado con un plan de salud elegible con deducibles altos

- No estar inscrito en Medicare, parte A o B
- No ser elegible para ser declarado dependiente en la declaración fiscal de otra persona.

Más detalles disponibles en la planilla de elegibilidad que acompaña a la solicitud de la HSA.

Características del plan de reembolso de gastos médicos (HRA)

Un plan de reembolso de gastos médicos tiene cuentas "notacionales" de mantenimiento de registros para todos los afiliados, lo que significa que no se establece ningún fondo real en una cuenta, sino que, para cada afiliado, se hace un seguimiento de los fondos disponibles para su reembolso. El fondo puede ser utilizado para cualquier gasto médico cualificado, según lo establecido por el patrocinador del plan.

MC USA ha establecido que el HRA solo pueda ser utilizado para el reembolso de los gastos de deducibles. El empleador pone a disposición una cantidad determinada de dinero, en el caso de que el empleado tenga gastos por deducibles. El empleado no puede incrementar los fondos disponibles, y el saldo no se arrastra de un año a otro.

Programa de bienestar

Con el fin de apoyar estilos de vida saludables en las personas, este programa alienta a cada empleado y a su cónyuge a visitar a su prestador médico principal para su examen anual o de bienestar. Una parte del incentivo (\$150) se ofrece luego de enviar un formulario firmado que confirme el examen. Otra parte del incentivo (también de \$150) se ofrece luego de participar de una charla sobre bienestar con un especialista en el tema, bien luego de crear un Plan de bienestar personal o un día de retiro de bienestar. Además de estos incentivos financieros, se animará a las personas a participar de prácticas básicas de salud y bienestar para su propio beneficio. Este programa también ayuda a gestionar los costos asociados con hábitos no saludables. Everence administra el plan.

Recordatorio: Los pastores de MC USA y sus cónyuges no inscritos en el plan de salud (por haber renunciado a la cobertura) califican para participar del Programa de bienestar. El pastor y su cónyuge pueden recibir hasta \$600 en efectivo en incentivos. En el primer trimestre de cada año se envía por correo más información sobre bienestar a los pastores.

Seguro de vida y por invalidez

Todos los empleados elegibles que participen del Corinthian Plan recibirán la cobertura de un seguro de vida equivalente a su salario anual (hasta un máximo de \$100,000). Se incluye además un monto equivalente de cobertura por muerte accidental y desmembramiento.

Asimismo, los empleados elegibles recibirán un seguro de ingresos por invalidez (basado en el salario del pastor) para ayudar a cubrir el costo de una invalidez calificada de largo plazo. Los beneficios del seguro le pagan dos tercios de un salario mensual a aquel empleado que sufre una invalidez.

Beneficios adicionales

Los pastores y demás empleados pueden optar por participar en el plan de la Sección 125, un plan de beneficios flexibles (cafetería) brindando por el Corinthian Plan.

Si el empleado paga alguna parte de las primas del plan de salud, odontológico u oftalmológico, la opción se procesa automáticamente a través del plan de la Sección 125 para otorgarle beneficios fiscales automáticos al empleado. En general, este plan les permite a los empleados usar dólares sin incluir impuestos para:

- Aportar fondos para una cuenta de ahorros para gastos de salud
- Pagarles los gastos médicos calificados no reembolsados a los afiliados no cualificados para aportar a una HSA
- Pagar su porción de las primas del plan de salud, odontológico y oftalmológico; y
- Pagar el cuidado de su hijo (o dependiente) relacionado con el trabajo.

Cobertura odontológica

El Corinthian Plan les ofrece cobertura odontológica a los pastores, el personal y sus familiares. Si una congregación (o conferencia) elige la cobertura odontológica, se matriculará a todos los empleados y a los integrantes de su familia.

Si un empleado de esa congregación renuncia a la cobertura de salud, aun así, será matriculado bajo esta cobertura odontológica. El empleado y los integrantes de su familia deben matricularse, a menos que posean una cobertura odontológica alternativa. Detalles sobre esta cobertura disponibles a través del personal del Corinthian Plan.

Cobertura oftalmológica

El Corinthian Plan les ofrece cobertura oftalmológica a los pastores, el personal y sus familiares a través del Vision Service Plan (VSP). Si una congregación (o conferencia) elige la cobertura oftalmológica, no es obligatorio para los empleados elegibles y sus familiares. Cada empleado puede elegir si desea inscribirse en la cobertura oftalmológica o renunciar a la cobertura.

Detalles sobre esta cobertura disponibles a través del personal del Corinthian Plan.

Requisitos de elegibilidad

Para los pastores

Para estar en condiciones de participar en el Corinthian Plan, los pastores deben:

- Estar acreditados para el ministerio (ordenados o licenciados por una conferencia regional que sea miembro de MC USA.; o para otras congregaciones que cumplan con los criterios de elegibilidad, por una organización reconocida.)
- Haber sido llamados a servir en un rol del ministerio pastoral dentro de una congregación que sea miembro de una conferencia regional de MC USA.
- Dar un promedio mínimo de 20 horas semanales al ministerio de esa congregación.

Para otros empleados de la iglesia

Para ser elegibles, los empleados no acreditados deben estar trabajando de forma paga al menos 30 horas semanales en una congregación de MC USA.

Los empleados no acreditados que estén trabajando un mínimo de 20 horas semanales y que hayan estado matriculados previamente en el plan COMB tienen la opción de continuar en El Corinthian Plan hasta que su empleo finalice o baje a menos de 20 horas semanales.

En el caso de que una congregación o conferencia posea una política de beneficios distinta, contáctese con el director del Corinthian Plan al 316-281-4255.

Si los pastores y otros integrantes del personal de la iglesia tienen cobertura de salud en algún otro lugar

Dependiendo del tipo de cobertura, podrían estar exentos de afiliarse al plan de salud, pero deben participar de los planes del seguro de vida y por invalidez.

Matriculación

Los nuevos pastores y empleados de la iglesia pueden afiliarse al Corinthian Plan durante el período de matriculación de 90 días posterior a su primer día de trabajo. La cobertura comenzará en ese primer día de trabajo. Este período de matriculación también rige para otros acontecimientos, tales como un nacimiento o un matrimonio.

Las nuevas congregaciones pueden afiliarse durante el período de matriculación de 90 días posterior a la fecha en la que obtienen el reconocimiento de su conferencia regional o durante los períodos de matriculación abierta establecidos por MC USA.

Las congregaciones no participantes también pueden matricularse durante estos períodos de matriculación abierta. Si una congregación no participante desea matricularse fuera del período de matriculación abierta, se requerirá que lo haga a través de la suscripción del seguro. (Las congregaciones no participantes, pero elegibles a través de las pautas protegidas, no tienen un período de inscripción abierta y deben pasar por la suscripción.)

Disposiciones especiales para la transferencia de empleados

Los pastores y empleados de la iglesia que estén matriculados en el plan de salud con una congregación pueden transferir fácilmente su cobertura a otra congregación participante (aunque podría haber diferencias en el paquete de beneficios).

Uno de los beneficios del plan de salud es que los empleados reciben crédito por los gastos de deducibles acumulados durante el año del plan actual, en el caso de que la cobertura continúe. Esto puede incluir un período de continuación de la cobertura durante un tiempo entre los empleadores (congregaciones) de MC USA.

Pastores de transición

Para el caso de pastores de transición, consulte el documento "Transitional Pastors Policy" (Política acerca de los pastores de transición), el cual podrá encontrar en el sitio web de MC USA, bajo [Ministerial Transitions](#) (Transiciones ministeriales).

Estructura de financiación del plan de salud

Tarifas para las congregaciones

Las tarifas se calculan utilizando una metodología de "calificación de la comunidad". Esto significa que los reclamos (gastos médicos pagados por el plan de salud) son compartidos por todos los miembros de congregaciones participantes del grupo. Todas las iglesias miembro comparten el beneficio de los reclamos bajos y el impacto de los reclamos elevados.

Desde que fue creado, el Corinthian Plan les ha permitido a las congregaciones y conferencias practicar nuestra creencia en la mayordomía y la asistencia mutua entre los miembros participantes a través de la práctica de compartir los costos.

Se alienta a las congregaciones a pagar la totalidad de las primas del personal o tanto como puedan. Si una congregación les paga a sus empleados (y a los integrantes cubiertos de su familia) solo una porción de la prima, tendrá la obligación de pagar no menos del 50% del costo total de la prima del plan de salud.

Esto es para el empleado o para su familia, según la cobertura que se haya seleccionado. Lo previsto es que la congregación pague el 100% de las primas del seguro de vida, por invalidez de largo plazo, muerte accidental y desmembramiento, así como el 100% del aporte al Fondo del Equilibrio Justo ("Fair Balance Fund").

El Fondo del Equilibrio Justo subsidiará un acceso cada vez mayor

Como práctica de asistencia mutua y mayordomía, cada congregación del Plan de Corinto está ayudando a brindarles cobertura de salud a los empleados de congregaciones que de otra manera no tendrían la posibilidad económica de hacerlo.

Para lograr este objetivo, cada congregación aporta un monto equivalente a \$10 por asistente promedio de la congregación, el cual va directamente al Fondo del Equilibrio Justo. Los fondos se distribuyen de manera directa entre las congregaciones elegibles del

Corinthian Plan mediante el subsidio de sus primas. Los lineamientos generales y los formularios de solicitud están disponibles a pedido en el [sitio web del Corinthian Plan](#).

Pastores eximidos

Como parte de la tarifa de afiliación al Corinthian Plan, las congregaciones deben abonar una suma por aquellos pastores acreditados que tiene cobertura a través de otra fuente (p. ej., la cobertura del cónyuge u otro plan grupal). Esto significa también que las congregaciones que participen bajo esta modalidad pueden incorporar a su personal al plan en cualquier momento, aun fuera del período de matriculación abierta, sin necesidad de hacer la suscripción del seguro.

Para el 2026, la tarifa anual de exención para un pastor a tiempo completo será de \$1,800, y el monto disminuye prorrateadamente hasta el medio tiempo, de forma equivalente al tiempo completo. Aquellas congregaciones que no tengan empleados elegibles tendrán una tarifa de exención de \$276. Este costo puede ajustarse al momento de la renovación.

Situación del Corinthian Plan

El Corinthian Plan es un plan autofinanciado de la iglesia que cumple con la Ley de Cuidado de Salud Asequible ("Affordable Care Act"), tal como se requiere.

Junta y personal del Plan

El Corinthian Plan es supervisado por la Junta de Beneficios de la Iglesia (cuyos miembros son designados por MC USA) y por el director del Plan. También integran el personal un coordinador de bienestar y promotores de área.