

Resumen del Plan 2027

El Plan Corintio se complace en ofrecer una importante cobertura de salud y de otro tipo a los pastores y al personal de las congregaciones de la Iglesia Menonita de EE. UU. (MC USA). Las características principales del plan incluyen:

- Cobertura de salud.
 - Posibilidad de elegir entre dos planes de salud calificados con deducible alto.
 - Beneficios de salud integrales.
 - Énfasis en la prevención.
 - Acceso a la red PPO nacional de Highmark Blue Cross/Blue Shield y a los beneficios relacionados con el control de costos.
 - Cobertura tanto para pastores acreditados como para otros empleados no acreditados y sus familias.
- Flexibilidad para que la congregación ofrezca una cuenta de ahorros para la salud (HSA) como complemento al plan de salud para los empleados.
- Programa de bienestar con incentivos.
- Las coberturas de seguro de vida, de muerte accidental y desmembramiento, y de discapacidad a largo plazo son beneficios obligatorios del plan.
- Las coberturas oftalmológica (visión) y dental son beneficios opcionales del plan.
- Una estructura de financiamiento de ayuda mutua para brindar cobertura de salud a los pastores cuyas congregaciones no puedan costearla.

Lee el siguiente resumen del Plan Corintio para conocer los detalles del plan.

Para obtener más información, comunícate con:

El Plan Corintio
Iglesia Menonita de EE. UU.
718 N. Main Street
Newton, KS 67114-1703
316-283-5100
www.TheCorinthianPlan.org

Resumen del Plan Corintio

Plan de salud (denominado «Congregational Employee Plan»)

Los cinco objetivos de la cobertura de salud son:

- Brindar cobertura a los pastores, a los empleados de la iglesia y a sus familias
- Brindar cobertura para necesidades médicas catastróficas y de alto costo
- Fomentar el autocuidado saludable y preventivo
- Practicar la ayuda mutua y el reparto de costos, y
- Administrar los costos para las congregaciones y su personal

Opciones de deducibles

Las congregaciones pueden elegir entre las siguientes opciones de deducibles:

A. Deducible individual (solo para el asegurado) de \$3,000

(no integrado)*

90%/10% de \$10,000 de coseguro

Límite de gastos de bolsillo de \$4,000 (incluye el deducible y el coseguro)

Deducible familiar de \$6,000 (no integrado)*

90 %/10 % de \$20,000 de coseguro

Límite de gastos de bolsillo de \$8,000 (incluye deducible y coseguro)

B. Deducible individual de \$5,000 (integrado)**

90 %/10 % de \$10,000 de coseguro

Límite de gastos de bolsillo de \$6,000 (incluye deducible y coseguro)

Deducible familiar de \$10,000 (integrado)**:

90 %/10 % de \$20,000 de coseguro

Límite de gastos de bolsillo de \$12,000 (incluye deducible y coseguro)

***Deducible no integrado:** Si está inscrito en un «plan familiar» con deducible no integrado, se debe alcanzar el deducible total de la familia antes de que comience el reembolso de las reclamaciones de coseguro por los servicios cubiertos.

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

****Deducible integrado:** Si está inscrito en un «plan familiar» con su deducible integrado, una vez que se haya alcanzado el deducible individual, comenzará el reembolso de las reclamaciones de coseguro por los servicios cubiertos para ese miembro. Una vez que los miembros cubiertos de la familia hayan alcanzado colectivamente el deducible familiar, comenzará el reembolso de las reclamaciones de coseguro para todos los miembros cubiertos de la familia.

****Límite de gastos de bolsillo integrado y límite máximo total de gastos de bolsillo:** Con su límite de gastos de bolsillo integrado, una vez que se alcance el límite de gastos de bolsillo de una persona, el reembolso de los servicios cubiertos aumentará al 100 % para ese miembro. Una vez que los miembros de la familia cubiertos alcancen colectivamente el límite de gastos de bolsillo familiar, comenzará el reembolso del 100 % de los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia cubiertos.

Gastos cubiertos

Los siguientes cuidados médicos y tratamientos son elegibles para la cobertura:

- Hospitalizaciones
 - Atención médica mayor
 - Salud mental
 - Abuso de sustancias
- Atención de maternidad
- Atención ambulatoria
 - Atención médica mayor
 - Salud mental
 - Abuso de sustancias
- Medicamentos recetados
- Consultas médicas
- Radiografías de diagnóstico y análisis de laboratorio
- Servicios de atención médica a domicilio
- Manipulaciones de la columna vertebral
- Servicios de terapia y rehabilitación, incluyendo terapia ocupacional, terapia del habla y medicina física

Atención preventiva desde el primer dólar (el plan paga el 100%)

Para alentar a los participantes del plan a practicar la prevención y a estar informados sobre su salud, el plan paga el 100 % de algunos servicios de inmediato, sin que la persona tenga que alcanzar el deducible. Estos servicios preventivos incluyen:

- Vacunas
- Exámenes físicos
- Mamografías
- Exámenes ginecológicos y pruebas de Papanicolaou
- Ciertos exámenes de detección de rutina

Cobertura para las familias

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

Cómo se administra el plan de salud

MC USA es el patrocinador del plan y determina los pagos de subsidios a las primas para las congregaciones que no pueden pagar el costo total de la cobertura de su personal. MC USA también determina todos los beneficios que cubre el plan.

Everence y Highmark Blue Cross Blue Shield son los administradores del plan. La PPO de Highmark (una red de proveedores) permite a los participantes del plan recibir descuentos significativos en la atención médica.

Everence recomienda las tarifas y las reservas para el plan de salud, y se encarga de las inscripciones, la facturación, la continuación de la cobertura y las bajas.

Highmark se encarga de la administración de reclamaciones, así como de medidas de control de costos tales como:

- Revisar las facturas hospitalarias,
- Negociar tarifas,
- Administrar reclamaciones de alto monto, y
- La precertificación.

Todos estos servicios ayudan a que el costo de la atención médica sea más accesible para todos. Los participantes del plan pueden colaborar acudiendo a médicos y hospitales que formen parte de la red 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 que lo que está cubierto (o no cubierto) por el plan puede ser extremadamente complejo. No todos los servicios de todos los médicos o centros médicos serán siempre pagados por el plan de salud, incluso después de haber alcanzado el deducible. Los afiliados al plan son responsables del pago de los servicios no elegibles, por lo que recomendamos encarecidamente que, antes de recibir atención médica, llamen a Highmark para verificar si ese servicio está cubierto.

El plan de salud pagará los gastos que superen el deducible por:

- La atención que figure como cubierta en la descripción resumida del plan.
- La atención que sea médicamente necesaria y apropiada para tratar una lesión o enfermedad.
- Los cargos permitidos para un tratamiento similar en una zona geográfica determinada.

Opciones de cobertura de salud para empleados que dejan la empresa y sus dependientes

Si un empleado o un dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura del plan de salud, puede optar por continuar en el plan por hasta 18 meses, pero deberá pagar el costo total de la cobertura. A esto se le llama continuación de la cobertura.

Cuenta de ahorros para la salud

Se alienta a las congregaciones a proporcionar un aporte de \$500 para la cobertura del plan de salud individual y de \$1,000 para la cobertura del plan de salud familiar de sus empleados, a fin de ayudar a compensar el costo de cumplir con el requisito del deducible.

Con una cuenta de ahorros para la salud (HSA), la congregación puede realizar aportaciones a la cuenta y los empleados también pueden hacer aportaciones a la misma. Esto proporciona fondos para gastos médicos y puede ofrecer ventajas fiscales.

Una HSA es propiedad del empleado. Los fondos de la cuenta se pueden utilizar para cualquier gasto médico calificado, incluyendo, por ejemplo, cubrir el deducible del plan o pagar atención dental u oftalmológica. El saldo de la cuenta se transfiere de un año a otro.

Requisitos de elegibilidad para las HSA

Para abrir una HSA y realizar aportaciones a ella, los participantes deben:

- Estar cubiertos por un plan de salud calificado de deducible alto,
- No estar cubiertos por ningún otro plan que reembolse gastos médicos (incluida una cuenta de reembolso médico o una cuenta de gastos médicos [HRA]), a menos que también esté coordinado con un plan de salud calificado de deducible alto,
- No estar inscritos en la Parte A o B de Medicare, y
- No ser elegibles para ser declarados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.

El Plan Corintio no ofrece ni administra cuentas HSA directamente. Comuníquese con Everence Federal Credit Union para obtener más información y solicitar una cuenta.

Programa de bienestar

Con el fin de promover estilos de vida saludables, este programa alienta a cada empleado y a su cónyuge inscritos en la cobertura de salud a consultar a su médico de cabecera para realizarse su examen anual o de bienestar. Una parte del incentivo (\$150) se otorga después

de enviar un formulario firmado que confirme el examen. Se ofrece otra parte del incentivo (también de \$150) después de participar en una sesión única de conversación sobre bienestar con un especialista en bienestar o de completar un día de retiro de bienestar. Junto con estos incentivos económicos, se promoverán prácticas básicas de bienestar para su propia salud. Everence administra el plan de incentivos.

Recordatorio: Los pastores de MC USA que renuncien a la cobertura son elegibles para participar en el Programa de Bienestar. Se envía por correo información adicional sobre bienestar a los pastores durante el primer trimestre de cada año.

Seguro de vida y por discapacidad

Todos los empleados elegibles del Plan Corintio recibirán una cobertura de seguro de vida equivalente a su salario anual (hasta un máximo de \$100,000). Además, se incluye una cobertura por el mismo monto en caso de muerte accidental y desmembramiento.

Además, los empleados elegibles recibirán un seguro de ingresos por discapacidad (basado en el salario del empleado) para ayudar a cubrir los gastos de una discapacidad a largo plazo que cumpla con los requisitos. Los beneficios del seguro pagan dos tercios del salario mensual a un empleado que quede discapacitado.

Beneficios adicionales

Los pastores y otros empleados pueden optar por participar en el plan de la Sección 125, un plan de beneficios flexibles (tipo cafetería) proporcionado por The Corintio Plan.

Si el empleado paga alguna parte de las primas de los planes de salud, dental o de la vista, esta se procesa automáticamente a través del plan de la Sección 125 para que el empleado obtenga beneficios fiscales automáticos. En general, este plan permite a los empleados utilizar fondos antes de impuestos para:

- Financiar una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
- Pagar gastos médicos calificados no reembolsados para los participantes que no son elegibles para contribuir a una cuenta de ahorros para la salud (HSA);
- Pagar su parte de las primas de sus planes de salud, dental y oftalmológico; y
- Pagar el cuidado de sus hijos (o dependientes) relacionado con el trabajo.

Cobertura dental

El Plan Corintio ofrece cobertura dental para pastores, personal y sus familias. Si una congregación (o conferencia) opta por la cobertura dental, se inscribirá a todos los empleados y a sus familiares.

Si un empleado de esa congregación renuncia a la cobertura de salud, seguirá estando inscrito en esta cobertura dental y/o oftalmológica. Tanto él como sus familiares deben inscribirse, a menos que cuenten con una cobertura dental u oftalmológica alternativa. Los detalles sobre esta cobertura están disponibles a través del personal del Plan Corintio.

Cobertura oftalmológica (visión)

El Plan Corintio ofrece cobertura oftalmológica para pastores, personal y sus familias a través de Vision Service Plan (VSP). Si una congregación (o conferencia) ofrece cobertura oftalmológica, esta no

es obligatoria para los empleados elegibles y sus familias. Cada empleado puede elegir si desea inscribirse en la cobertura oftalmológica o renunciar a ella. Los detalles sobre esta cobertura están disponibles a través del personal del Plan Corintio.

Requisitos de elegibilidad

Para pastores

Para ser elegibles para participar en el Plan Corintio, deben:

- Contar con credenciales para el ministerio (ordenados o autorizados por una conferencia regional que sea miembro de MC Church USA; o, en el caso de otras congregaciones que cumplan con los criterios de elegibilidad*, por una organización reconocida).
- Haber sido llamados a servir en un rol de ministerio pastoral en una congregación que sea miembro de una conferencia regional de MC USA.
- Dedicar, en promedio, al menos 20 horas por semana al ministerio de esa congregación.

*Si tiene preguntas sobre otras congregaciones históricamente alineado con MC USA que puedan cumplir con los criterios de elegibilidad, comuníquese con el director de The Corinthian Plan al 316-281-4255 (se habla español).

Para otros empleados de la iglesia

Para ser elegibles, los empleados sin credenciales deben trabajar y recibir un salario por al menos 30 horas por semana en una congregación de MC USA.

Los empleados sin credenciales que trabajen al menos 20 horas por semana y que anteriormente estuvieran inscritos en el plan COMB pueden continuar en el Plan Corintio hasta que termine su empleo o su carga laboral sea inferior a 20 horas por semana.

Si una congregación o conferencia tiene una política de beneficios diferente, comuníquese con el director del Plan Corintio.

Si los pastores y otros miembros del personal de la iglesia cuentan con cobertura de salud en otro lugar

Dependiendo del tipo de cobertura, pueden quedar exentos de inscribirse en el plan de salud, pero deben participar en los planes obligatorios de vida e incapacidad.

Inscripción

Los nuevos pastores y empleados de la iglesia pueden inscribirse en el Plan Corintio durante el período de inscripción de 90 días que sigue a su primer día de trabajo. La cobertura comenzará el primer día de trabajo. Este período de inscripción también se aplica a otros eventos, como un nacimiento o un matrimonio.

Las congregaciones nuevas pueden inscribirse durante el período de inscripción de 90 días que sigue a la fecha en que son reconocidas por su conferencia regional o durante los períodos de inscripción abierta según lo establecido por MC USA.

Las congregaciones no participantes también pueden inscribirse durante estos períodos de inscripción abierta. Si una congregación no participante desea inscribirse fuera del período de inscripción abierta, deberá someterse a un proceso de evaluación de riesgos.

Disposiciones especiales para empleados en proceso de transferencia

Los pastores y empleados de la iglesia que estén inscritos en el plan

de salud con una congregación pueden transferir fácilmente su cobertura a otra congregación participante (aunque puede haber diferencias en el paquete de beneficios).

Una ventaja del plan de salud es que los empleados recibirán crédito por los gastos deducibles acumulados durante el año del plan en curso, siempre que haya cobertura continua. Esto puede incluir un período de continuación de la cobertura durante el tiempo entre empleadores (congregaciones) de MC USA.

Pastores en transición

Para los pastores en transición, consulte el documento de la Política para Pastores en Transición que se encuentra en el sitio web de MC USA, en la sección «Transiciones Ministeriales».

Estructura de financiamiento del plan de salud

Tarifas para las congregaciones

Las tarifas se calculan utilizando una metodología de «tarificación comunitaria». Esto significa que los reclamos (gastos médicos pagados por el plan de salud) son compartidos por todos los miembros de las congregaciones participantes en el grupo. Todas las iglesias miembros comparten el beneficio de los reclamos bajos y el impacto de los reclamos altos.

Desde su creación, el Plan Corintio ha permitido a las congregaciones y conferencias poner en práctica nuestra creencia en la mayordomía y la ayuda mutua entre nuestros miembros participantes a través de esta práctica de reparto de costos.

Se anima a las congregaciones a pagar la totalidad o la mayor parte posible de las primas de su personal. Si la congregación paga solo una parte de la prima de sus empleados (y de los familiares cubiertos), debe pagar no menos del 50 % del costo total de la prima de salud.

Esto aplica para el empleado o la familia del empleado, dependiendo de la cobertura que se haya seleccionado. Se espera que la congregación pague el 100 % de las primas de seguro de vida, discapacidad a largo plazo y muerte accidental y desmembramiento, así como la contribución al Fondo de Equilibrio Justo.

Fondo de Equilibrio Justo para subsidiar un mayor acceso

Como práctica de ayuda mutua y administración responsable, cada congregación del Plan Corintio está contribuyendo a brindar cobertura de salud a los empleados de aquellas congregaciones que, de otra manera, no podrían costearla.

Para lograr este objetivo, cada congregación aporta una cantidad equivalente a 10 dólares por cada asistente promedio a la congregación, la cual se destina directamente al Fondo Fair Balance. Los fondos se distribuyen directamente a las congregaciones del Plan Corintio que cumplen con los requisitos, mediante el subsidio de su prima. Las directrices y los formularios de solicitud están disponibles a pedido o en el [sitio web del Plan Corintio](#).

Pastores exentos

Se solicita a las congregaciones que paguen una cuota por los pastores acreditados que cuenten con cobertura proporcionada a través de otra fuente (por ejemplo, cobertura del cónyuge u otro plan grupal) como parte de la cuota de participación del Plan Corintio. Esto también significa que las congregaciones que participen de esta

manera pueden inscribir a su personal en cualquier momento fuera del período de inscripción abierta, sin necesidad de pasar por un proceso de evaluación de riesgo.

Para el año 2027, la cuota anual de exención para un pastor de tiempo completo será de \$1,800 y se prorratea a la mitad para un equivalente a tiempo completo (FTE) de medio tiempo. Para las congregaciones sin empleados elegibles, la cuota mínima de exención es de \$276. Este costo puede ajustarse al momento de la renovación.

El estatus del Plan Corintio

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

Junta directiva y personal del plan

El Plan Corintio es supervisado por la Junta de Beneficios Eclesiásticos (cuyos miembros son nombrados por MC USA) y el director del plan. El plan cuenta con un coordinador de bienestar, especialistas en bienestar y un coordinador de alcance congregacional.