Inscripción abierta 2027: Preguntas frecuentes

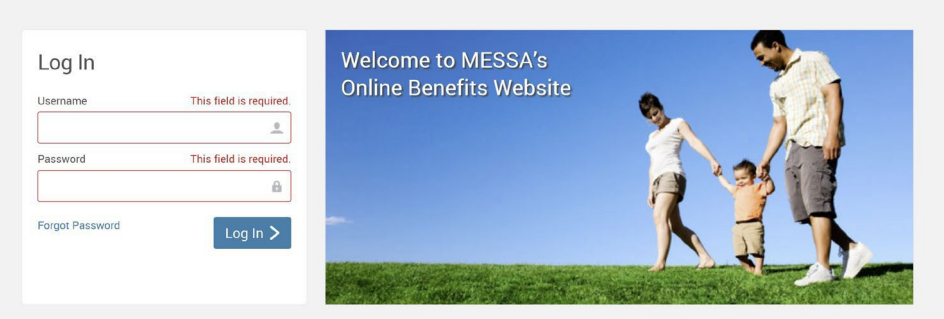
¿Cómo accedo al sitio de inscripción?

Consulte Infohost para encontrar los enlaces de inscripción abierta y esté pendiente de su correo electrónico y del portal del distrito. Se enviarán recordatorios varias veces durante el período de inscripción.Infohost

- **Para empleados de GRPSPA, exentos y de apoyo no exentos:**

  Visite: MESSA BSWIFTMESSA BSWIFT

  - **Usuario: dirección de correo electrónico de Outlook de GRPS**
  - **Contraseña: últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social**

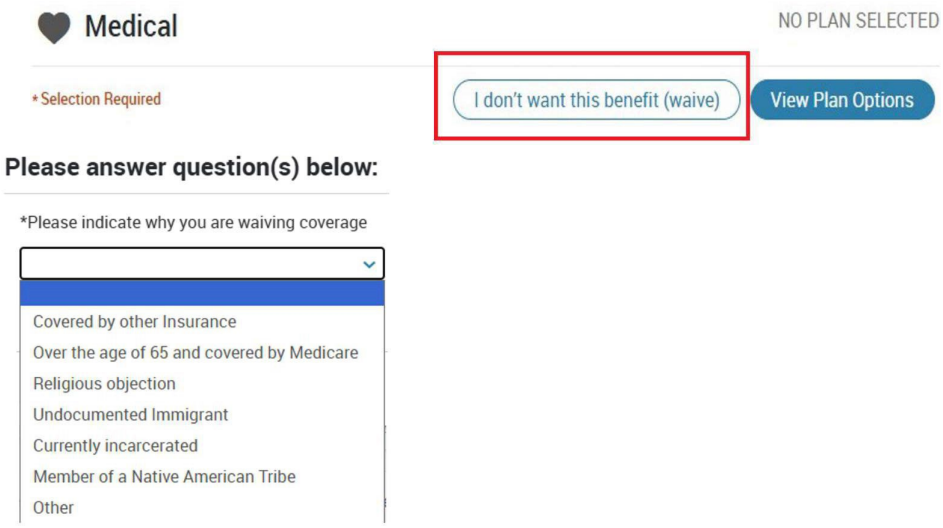


Asegúrese de guardar la confirmación de inscripción para sus archivos.

Si necesita ayuda adicional, llame a Servicios para Miembros de The Pool al (877) 752-1233.

¿Cómo renuncio al seguro médico y solicito la compensación en efectivo en su lugar?

Inicie sesión en su cuenta de MESSA y seleccione «No quiero este beneficio (renunciar)»:



Nota: Antes de completar la inscripción, debe cargar en el sitio de MESSA un comprobante de su cobertura médica, como una copia de su tarjeta de seguro médico o una captura de pantalla del sitio de inscripción que muestre que tiene cobertura.

¿Cuál es la diferencia entre un copago y un coseguro?

Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $30 por una consulta médica), mientras que el coseguro es un porcentaje del costo que usted y el plan comparten (por ejemplo, 80/20) después de cumplir con el deducible.

¿La atención preventiva cuenta para mi deducible?

No. La atención preventiva dentro de la red (como un examen físico anual o vacunas habituales) generalmente está cubierta al 100 % y no requiere cumplir primero con el deducible. La atención de diagnóstico o tratamiento generalmente sí está sujeta al deducible y al coseguro.

¿Qué sucede cuando alcanzo el máximo de gastos de bolsillo?

Cuando sus gastos de bolsillo totales (deducible, copagos y coseguro) alcanzan el máximo anual de su plan, este paga el 100 % de los costos cubiertos dentro de la red durante el resto del año del plan.

¿Por qué es importante acudir a proveedores dentro de la red?

Los proveedores dentro de la red han acordado tarifas reducidas con la aseguradora, lo que generalmente significa costos menores para usted. Acudir fuera de la red puede implicar costos más altos, un deducible separado (a menudo mayor) o ninguna cobertura, según su plan.

¿Qué sucede si tengo un cambio de vida después de que termine la inscripción abierta?

Fuera del período de inscripción abierta, solo puede cambiar sus elecciones si ocurre un evento de vida que califique (como matrimonio, nacimiento o adopción de un hijo, divorcio o pérdida de otra cobertura). Normalmente dispone de un plazo limitado (30 días) desde el evento para realizar el cambio. Inicie sesión en MESSA.org o MESSA/bswift.org y elija una inscripción especial. Tenga preparados los documentos necesarios, como acta de matrimonio o certificados de nacimiento.

¿Dónde puedo obtener ayuda para entender mis opciones?

Hemos creado el documento «Beneficios para empleados: Cómo elegir el plan de atención médica adecuado para usted y su familia» (consulte Infohost) para ayudarle a elegir según su situación. También encontrará cuadros comparativos en línea y en la Guía de beneficios de su grupo. Puede comunicarse con el equipo de Beneficios si tiene preguntas específicas; con gusto le ayudaremos.

¿Puede el personal de Beneficios decirme qué plan elegir?

No tenemos permitido recomendar ni seleccionar un plan específico en su nombre; es un requisito legal, no una preferencia. Nuestra función es brindarle información, y la decisión final sobre el plan que mejor se adapte a sus necesidades le corresponde a usted.

Términos importantes del seguro médico

Utilice esta tabla como referencia rápida al comparar planes. Los términos aparecen en orden lógico: desde lo que paga en cada período de nómina y por la atención recibida hasta la protección que ofrece el plan cuando sus gastos son elevados.

Término	Qué significa	Ejemplo
Prima	La cantidad que se descuenta de su sueldo para tener cobertura médica. La paga aunque no utilice servicios médicos.	*Su aportación por período de pago para el plan elegido.*
Deducible	La cantidad que paga de su bolsillo por servicios cubiertos antes de que el seguro comience a pagar su parte.	*Un deducible de $1,500 significa que usted paga los primeros $1,500 de atención cubierta.*
Copago	Cantidad fija que paga por un servicio cubierto cuando lo recibe.	*Un copago de $30 por una consulta de atención primaria.*
Coseguro	Después de cumplir el deducible, el porcentaje de los costos cubiertos que pagan usted y el plan.	*Un coseguro 80/20 significa que el plan paga el 80 % y usted el 20 % después del deducible.*
Dentro de la red	Médicos, hospitales y otros proveedores que tienen contrato con la aseguradora para ofrecer servicios con tarifas reducidas.	*Un médico dentro de la red generalmente cuesta menos que uno fuera de la red.*
Fuera de la red	Proveedores que no tienen contrato con su plan. Sus servicios suelen costar más y pueden no estar cubiertos.	*Un especialista fuera de la red puede cobrarle la tarifa completa, sin descuento.*
Aportación	La parte del costo de la prima mensual que GRPS (el Distrito) paga en su nombre para su cobertura.	*GRPS puede aportar una cantidad fija por período de pago a su plan médico.*
Máximo de gastos de bolsillo	Lo máximo que pagará por servicios cubiertos en un año del plan. Al alcanzarlo, el plan paga el 100 % de los costos cubiertos.	*Si su máximo es de $4,000 y lo alcanza en octubre, la atención cubierta se paga completamente durante el resto del año.*
Atención preventiva	Atención habitual para prevenir enfermedades o detectar problemas temprano; normalmente cubierta al 100 % sin costo dentro de la red.	*Exámenes físicos anuales, vacunas y pruebas de detección rutinarias.*
Atención diagnóstica	Atención para investigar o diagnosticar un síntoma, inquietud o afección específica. Difiere de la preventiva y suele estar sujeta al deducible y coseguro.	*Una mamografía solicitada porque informó un síntoma, en lugar de una prueba de detección rutinaria.*
Explicación de beneficios (EOB)	Estado de cuenta de la aseguradora que indica lo facturado, lo pagado por el plan y lo que usted podría deber. No es una factura.	Recibirá una EOB después de una consulta médica o procedimiento.

Término	Qué significa	Ejemplo
Formulario de medicamentos	Lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan, generalmente organizada por niveles de costo.	*Un genérico puede estar en el nivel 1 (menor costo) y uno de marca en el nivel 2 o 3.*
HSA (cuenta de ahorros para gastos médicos)	Cuenta con ventajas fiscales disponible con ciertos planes de deducible alto, utilizada para pagar gastos médicos calificados.	*Los fondos se acumulan de un año a otro y le pertenecen aunque cambie de empleo.*
FSA (cuenta de gastos flexibles)	Cuenta con ventajas fiscales para reservar dinero antes de impuestos para gastos médicos o de cuidado de dependientes elegibles; normalmente se aplica la regla de usarlo o perderlo.	*Reservar dinero antes de impuestos para gastos previsibles como lentes de contacto o copagos.*
Inscripción abierta	Período anual en el que puede inscribirse, modificar o cancelar sus elecciones de beneficios para el próximo año del plan.	*Las elecciones generalmente no pueden modificarse hasta la próxima inscripción abierta o un evento de vida que califique.*
Evento de vida que califica (QLE)	Cambio importante en la vida (matrimonio, nacimiento de un hijo, pérdida de otra cobertura, etc.) que permite modificar beneficios fuera de la inscripción abierta.	*Tener un bebé le permite agregarlo a su plan a mitad del año.*