

Inscripción abierta de renovación del empleado

Guía de DC Health Link

¿Para quién es esta guía? Para aquellos empleados que:

- Atraviesen su período de renovación anual con DC Health Link y deseen modificar su seguro médico, incluso agregar o quitar miembros de la familia o cambiar de plan, o
- Renueven automáticamente para obtener la versión 2016 de la política actual.

Su información y vinculación con su empleador

Su información - Paso 1: Después de ingresar en su cuenta, posiblemente se solicite que verifique su información personal (nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social).

Personal Information 0% Complete

FIRST NAME *	MIDDLE NAME	LAST NAME *	SUFFIX
DATE OF BIRTH *	SOCIAL SECURITY *	<input type="radio"/> MALE	<input type="radio"/> FEMALE

[CONTINUE](#)

Su información - Paso 2: DC Health Link lo vinculará con su empleador mediante la verificación su fecha de nacimiento (DOB, por sus siglas en inglés) y número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés). Haga clic en “CONTINUE” si la información que se visualiza del empleador es correcta.

Personal Information 15% Complete

Account Information

FIRST NAME *	MIDDLE NAME	LAST NAME *	SUFFIX	-
Autumn		Smith		
DATE OF BIRTH *	SOCIAL SECURITY *	<input checked="" type="radio"/> MALE	<input type="radio"/> FEMALE	
02/13/1969	214-27-3333			

Healthcare Marketplace

Enroll as an employee of DC Dell with coverage starting 06/01/2016.

Enroll in Individual Benefits

[CONTINUE](#)

[PREVIOUS](#)

If you don't see your employer listed above, click [here](#) for help.

NOTA: Si no se lo vincula con el empleador, verifique que haya ingresado correctamente su SSN y DOB. Si sigue sin vincularse, comuníquese con la oficina de beneficios de su empleador para verificar que lo hayan agregado a la lista de empleados elegibles con el SSN y la DOB correctos.

Su información - Paso 3: Verifique su información de contacto y actualícela, si corresponde. Asegúrese de que la dirección de su domicilio aparezca aquí; esta es la dirección que la compañía de seguros médicos utilizará para enviarle los materiales de la membresía. Una vez que complete su información de contacto, haga clic en el botón “CONTINUE”.

Contact Information

FIRST NAME* Autumn	MIDDLE NAME	LAST NAME* Smith	SUFFIX
DATE OF BIRTH* 02/13/1969	214-27-3333	<input type="radio"/> MALE	<input checked="" type="radio"/> FEMALE

Employer: DC Deli
Hired: 04/17/2015
Eligible for Coverage: 06/01/2016

[Not your employer? Click Here](#)

NEW ADDRESS		Home Address	
ADDRESS LINE 1* 1600 Washington Avenue	ADDRESS LINE 2		
CITY* Washington	DC	ZIP* 20001	

HOME PHONE	MOBILE PHONE
WORK PHONE	FAX PHONE

Home Email Address autumsmith@dc.gov	Work Email Address
---	--------------------

Please indicate preferred method to receive notices (OPTIONAL)

Only Paper communication	English
--------------------------	---------

30% Complete

- Personal Info
- Employer
- Contact Info**
- Household
- Plan Selection
- Review
- Complete

CONTINUE

[PREVIOUS](#)

[SAVE & EXIT](#)

Efectuar cambios de inscripción abierta a su inscripción

En la página de inicio de My DC Health Link, verá una ventana de inscripción a su cobertura de seguro médico actual y una ventana de la cobertura de seguro médico para el próximo año del plan, cuyo estado está configurado como “Auto Renewing”. Esto significa que, a menos que decida efectuar cambios en su cobertura durante la inscripción abierta, se renovará automáticamente su inscripción a este plan para el siguiente año del plan. El plan que aparece en la ventana de inscripción es el mismo o el más similar al que tiene actualmente, si bien es posible que haya cambiado el nombre del plan.

2016 HEALTH COVERAGE

 • DC DELI

Auto Renewing

UnitedHealthcare
UHC Choice HSA EPO Silver 2300

EPO • SILVER • PREMIUM: \$0.00/month
 NATIONWIDE NETWORK

EFFECTIVE DATE: **06/01/2016** PLAN SELECTED: **04/01/2016 (12:00AM)**
 DC HEALTH LINK ID: 448844
 COVERED: Autumn

Summary of Benefits and Coverage

Carrier Contact Info

Make Changes

VIEW DETAILS

2015 HEALTH COVERAGE

 • DC DELI

Coverage Selected

UnitedHealthcare
UnitedHealthcare Silver Choice HSA 2000-1

EPO • SILVER • PREMIUM: \$0.00/month
 NATIONWIDE NETWORK

EFFECTIVE DATE: **06/01/2015** PLAN SELECTED: **10/12/2015 (9:18PM)**
 DC HEALTH LINK ID: 205521
 COVERED: Autumn

Summary of Benefits and Coverage

Carrier Contact Info

Make Changes

VIEW DETAILS

NOTA: Si desea renovar automáticamente el plan con los mismos dependientes (si corresponde), entonces no es necesario que haga nada. Se renovará automáticamente el plan para usted y sus dependientes, si corresponde.

Efectuar cambios en la inscripción abierta – Paso 1: Si desea agregar nuevos miembros de la familia, haga clic en el botón “Manage Family” y haga clic en “Add Member” para agregar a todos los miembros elegibles de su familia. **Una vez que haya agregado a los miembros elegibles de su familia, tendrá que continuar con la adquisición del plan para agregarlos a su póliza.**

¿No tiene ningún nuevo miembro de la familia que inscribir? Salte este paso.



Ingrese la fecha de nacimiento, el sexo y la relación de parentesco del dependiente. Marque la casilla “NO SSN” si no hay número de seguro social disponible. La dirección del domicilio también es opcional.

The image shows a detailed view of the 'Manage Family' form. It has two tabs: 'Personal' and 'Family'. The 'Family' tab is active. The form contains the following fields and options:

- NAME: Autumn Smith
- RELATION: Self
- FIRST NAME* (required)
- MIDDLE NAME
- LAST NAME* (required)
- DATE OF BIRTH* (required)
- SOCIAL SECURITY (optional)
- I don't have an SSN
- RELATION* (dropdown menu)
- MALE
- FEMALE
- NEW ADDRESS: Home Address
- ADDRESS LINE 1
- ADDRESS LINE 2
- CITY
- SELECT STATE (dropdown menu)
- ZIP

At the bottom of the form, there are three buttons: 'Add Mailing Address', 'Cancel', and 'CONFIRM MEMBER'.

Efectuar cambios en la inscripción abierta – Paso 2: Para iniciar la adquisición de su plan, haga clic en el botón “Make Changes” en la ventana “Auto Renewing”.



Efectuar cambios en la inscripción abierta – Paso 3: Verifique que todos los miembros de su familia que desea inscribir para recibir cobertura tengan marcado el casillero “Who Needs Coverage?” a la izquierda de su nombre. Si no desea inscribir a algún miembro elegible de su familia, asegúrese de que el casillero de dicho miembro no esté marcado en esta página antes de continuar hacia la adquisición del plan.

Choose Coverage for your Household

33% Complete

Select who needs coverage and the type of coverage needed. When you're finished, select CONTINUE.

Who Needs Coverage?

Autumn Smith (Age : 47 years)

Benefit Type

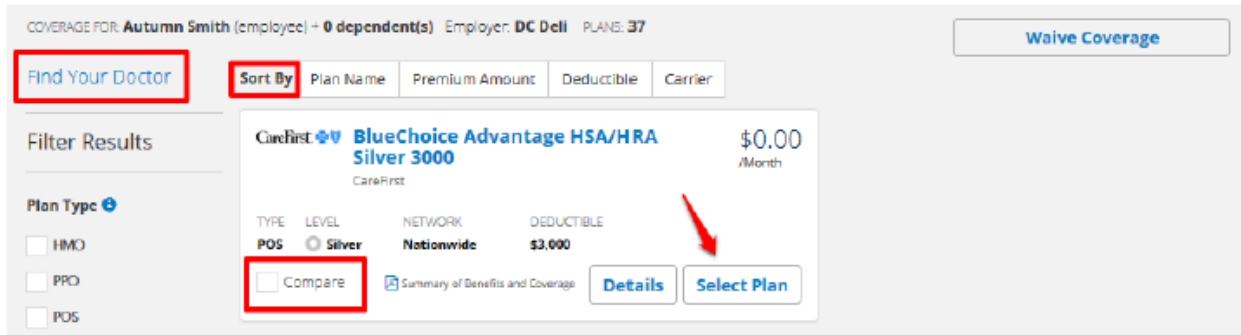
Health

What would you like to do?

Plan Selection
Review
Complete

NOTA: Puede hacer clic en el botón “Back” en su navegador para cambiar a qué miembros de su familia desea inscribir en cualquier momento durante su adquisición del plan. Puede agregar o quitar dependientes de su plan de seguro médico durante la inscripción abierta anual.

Efectuar cambios en la inscripción abierta – Paso 4: Use las funciones para filtrar, ordenar y comparar que lo ayudarán a elegir su plan. Una vez que haya elegido un plan, haga clic en “Select Plan”.



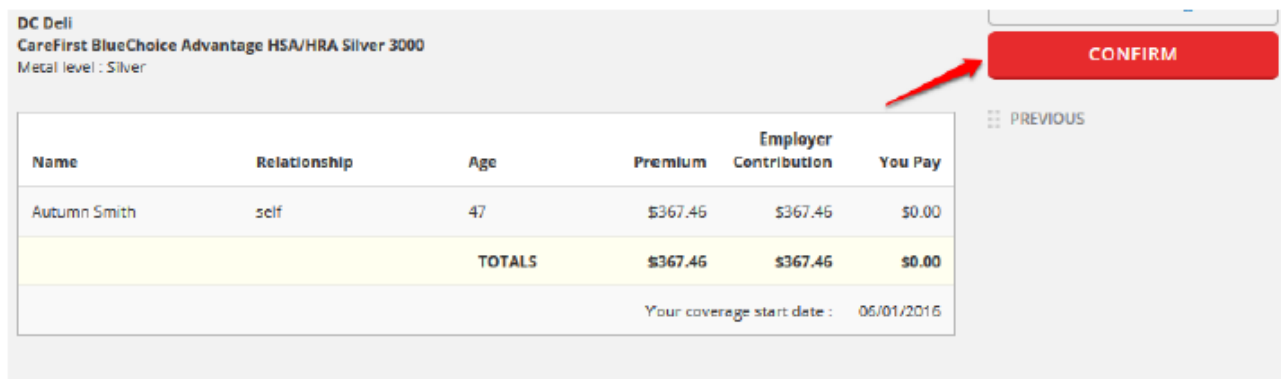
Todos los planes que ofrece su empleador aparecen en esta página. Podrá ordenar los planes por tipo de plan, red, aseguradora, elegibilidad para la cuenta de ahorros de salud (HAS, por sus siglas en inglés), monto de prima y monto deducible.

Seleccione “Apply” en el casillero rojo de la parte inferior de la columna, del lado izquierdo, para aplicar los filtros seleccionados. Para organizar los planes, haga clic en una de las opciones en la parte superior: Plan Name, Premium Amount, Deductible o Carrier. Puede encontrar más información sobre cada plan seleccionando “Details” en la ventana de plan.

Puede ver una comparación lado a lado de hasta tres planes si marca el casillero “Compare” en cada plan y luego hace clic en el botón “Compare Plans” en la esquina superior derecha de la página.

Plans	CareFirst		UHC		Fidelis	
	HealthyBlue Advantage Gold 1300	RP DC Gold 0/25/Dental/Ped Dental/SIG	UHC Choice Plus POS Gold 1000 B	UHC Choice Plus POS Gold 1000 B	UHC Choice Plus POS Gold 1000 B	UHC Choice Plus POS Gold 1000 B
	Gold + POS	Gold + HMO	Gold + POS	Gold + POS	Gold + POS	Gold + POS
	\$156.57 / month	\$109.75 / month	\$136.96 / month	\$136.96 / month	\$136.96 / month	\$136.96 / month
	SELECT PLAN	SELECT PLAN	SELECT PLAN	SELECT PLAN	SELECT PLAN	SELECT PLAN
Provider Network	Nationwide	Nationwide	Nationwide	Nationwide	Nationwide	Nationwide
PLAN BENEFITS (On Network)	CO-PAY	COINSURANCE	CO-PAY	COINSURANCE	CO-PAY	COINSURANCE
Primary Care Visit to Treat an Injury or Illness	No Charge	No Charge	\$30	Not Applicable	\$30	Not Applicable
Urgent Care Services at Facilities	\$70	Not Applicable	\$70	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Specialist Visit	\$80	Not Applicable	\$80	Not Applicable	\$80	Not Applicable
Emergency Room Services	\$200	Not Applicable	\$200	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Inpatient Hospital Services (e.g., Hospital Stay)	\$200 Copay per Day after deductible	Not Applicable	\$200 Copay per Day	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Laboratory Diagnostics and Professional Services	No Charge	No Charge	\$70	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
X-rays and Diagnostic Imaging	No Charge	No Charge	\$50	Not Applicable	Not Applicable	10% Coinsurance after deductible
Generic Drugs	No Charge	No Charge	\$30	Not Applicable	\$30	Not Applicable
Preferred Brand Drugs	\$30	Not Applicable	10% Copay after deductible	Not Applicable	\$30	Not Applicable
Non-Preferred Brand Drugs	\$40	Not Applicable	Not Applicable	10% Copay after deductible	\$30	Not Applicable
Specialty Drugs	Not Applicable	\$30	Not Applicable	10% Copay after deductible	\$30	Not Applicable
	Summary of Benefits and Coverage	Summary of Benefits and Coverage	Summary of Benefits and Coverage	Summary of Benefits and Coverage	Summary of Benefits and Coverage	Summary of Benefits and Coverage

Efectuar cambios en la inscripción abierta – Paso 5: Después de revisar cuidadosamente su información, haga clic en el botón “Confirm” para completar la selección del plan.



Efectuar cambios en la inscripción abierta – Paso 6: Imprima o guarde la página de confirmación para sus registros. Para regresar a la página de inicio My DC Health Link, haga clic en el botón “CONTINUE”.

Enrollment Submitted 100% Complete

Your enrollment has been submitted as of 04/12/2016 13:48 EDT -04:00.
Please print this page for your records. A copy of this confirmation has also been emailed to you.

DC Deli
CareFirst BlueChoice Advantage HSA/HRA Silver 3000
Metal level : Silver

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Autumn Smith	self	47	\$367.46	\$367.46	\$0.00
TOTALS			\$367.46	\$367.46	\$0.00

Your coverage start date : 06/01/2016

[Print](#) [CONTINUE](#)

Adquisición - Paso 5: Su inscripción aparecerá en la página de inicio de My DC Health Link. Para obtener más información sobre su plan, haga clic en el botón “VIEW DETAILS”. Si desea efectuar cambios en su cobertura durante el período de inscripción abierta, haga clic en el botón “Make Changes”. Al final de la inscripción abierta, la última selección de plan que haya hecho será el plan en el que quede inscrito para el siguiente año del plan. Puede verificar su selección de plan en el registro de fecha en cada una de las ventanas de inscripción.

2016 HEALTH COVERAGE • DC DELI

Carefirst **Coverage Selected**
BlueChoice Advantage HSA/HRA Silver 3000

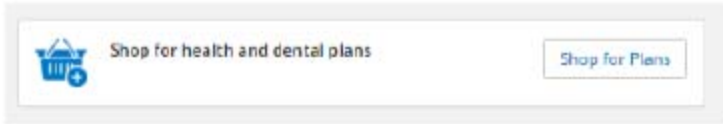
POS • SILVER • PREMIUM: \$0.00/month
NATIONWIDE NETWORK
EFFECTIVE DATE: 06/01/2016 **PLAN SELECTED: 04/12/2016 (1:45PM)**
DC HEALTH LINK ID: 298372
COVERED: Autumn

Summary of Benefits and Coverage Carrier Contact Info

[Make Changes](#)
[VIEW DETAILS](#)

Adquisición de un plan dental

Adquisición de un plan dental - Paso 1: Si su empleador eligió ofrecerle cobertura dental para el plan anual de renovación, seleccione “Shop for Plans” en su página de inicio para ver los planes que su empleador le ofrece.



Adquisición de un plan dental - Paso 2: Indique a qué miembros de su familia desea cubrir marcando o desmarcando el casillero ubicado junto a su nombre. Una vez que seleccione a los miembros de su familia deseados, seleccione el tipo de beneficio “Dental” y haga clic en “SHOP FOR NEW PLAN”

A screenshot of a web form titled "Choose Coverage for your Household". The form is set against a light grey background. At the top right, it says "33% Complete". Below the title, there is a sub-header "Who Needs Coverage?" and a list of two members: "Emma Cruz (Age : 52 years)" and "Mark Cruz (Age : 50 years)", each with a checked checkbox. Below that is the "Benefit Type" section with two radio button options: "Health" (unselected) and "Dental" (selected). A red arrow points to the "Dental" radio button. At the bottom, there is a red button labeled "SHOP FOR NEW PLAN" and a blue button labeled "Back to my account". On the right side of the form, there is a progress indicator with three steps: "Plan Selection" (selected), "Review", and "Complete".

Adquisición de un plan dental - Paso 3: Todos los planes ofrecidos por su empleador se muestran en esta página. Puede encontrar más información sobre cada plan seleccionando “DETAILS” en cada plan ofrecido.

The screenshot displays the 'Choose Plan' interface. At the top, it says 'Choose Plan' and provides instructions: 'Find a quality, affordable health insurance plan that's right for you, or for you and your family. Use 'Filter Results', 'Compare' and 'Details' features to narrow your choices. When you find the plan you want, 'Select Plan'.'

Below this, it indicates 'COVERAGE FOR: Emma Cruz (employee) + 1 dependent(s) PLANS: 0'. There is a 'Find Your Doctor' section.

A 'Sort By' dropdown menu is highlighted with a red box, showing options: Plan Name, Premium Amount, Deductible, and Carrier.

On the left, there are 'Filter Results' sections, each with a red box around its header:

- Metal Level:** Includes options for Bronze, Silver, Gold, Platinum, and Catastrophic.
- Plan Type:** Includes options for HMO, PPO, and POS.
- Network:** Includes options for Nationwide and DC-Metro.
- Carrier:** A section at the bottom of the filters.

Three plan cards are displayed:

- DOMINION DENTAL SERVICES, Inc. Select Plan Premium:** Premium of \$11.49 /Month. Type: HMO, Level: High, Network: DC-Metro, Deductible: Not Applicable. Includes 'Compare', 'Plan Summary', 'Details', and 'Select Plan' buttons. A red arrow points to the 'Compare' icon.
- DELTA DENTAL Delta Dental Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses:** Premium of \$13.35 /Month. Type: PPO, Level: Low, Network: Nationwide, Deductible: \$80. Includes 'Compare', 'Plan Summary', 'Details', and 'Select Plan' buttons.
- DELTA DENTAL Delta Dental DeltaCare USA Basic Plan for Families for Small Businesses:** Premium of \$16.45 /Month. Type: HMO, Level: Low, Network: DC-Metro, Deductible: Not Applicable. Includes 'Compare', 'Plan Summary', 'Details', and 'Select Plan' buttons.

NOTA: Puede filtrar resultados utilizando “Filter Results” en la parte izquierda para cambiar los planos que se visualizan para usted. Puede ordenar utilizando “Sort By” en la parte superior para cambiar el orden en el que los planes se visualizan para usted. Puede comparar hasta tres planes a la vez haciendo clic en “Compare” en el ícono del plan y luego en el botón “Compare Plans” que aparecerá en la parte superior derecha de la pantalla, donde puede hacer clic para ver una comparación de los planes elegidos lado a lado.

Adquisición de un plan dental - Paso 4: Seleccione su plan haciendo clic en el botón azul "Select Plan".

Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses \$13.35 /Month

Delta Dental

TYPE: PPO LEVEL: Low NETWORK: Nationwide DEDUCTIBLE: \$80

Compare Plan Summary

Adquisición de un plan dental - Paso 5: Revise la información de la lista y haga clic en el botón "Confirm".

Confirm Your Plan Selection 66% Complete

Please review your current plan selection. Select PREVIOUS if you want to change your plan selection. When you're satisfied with your plan, carefully review and acknowledge the Agreement below along with the Terms and Conditions. You must also provide an electronic signature at the bottom of the page. When you're finished, select CONFIRM to submit your enrollment to your insurance company. You don't have to pay today.

Chloe's Flower Shop
Delta Dental Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses
Metal level: Low

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Emma Cruz	self	52	\$21.94	\$14.09	\$7.85
Mark Cruz	spouse	50	\$21.94	\$16.44	\$5.50
TOTALS			\$43.88	\$30.53	\$13.35

Your coverage start date: 06/01/2016

PREVIOUS

NOTA: Para volver a la página anterior, seleccione "Previous" de la parte inferior de la columna derecha.

Adquisición de un plan dental - Paso 6: Esta es una página de resumen que confirma su selección de plan. Para navegar a la página principal de su cuenta, haga clic en el botón rojo "CONTINUE".

Enrollment Submitted 100% Complete

Your enrollment has been submitted as of 04/01/2016 11:59 EDT -04:00.
Please print this page for your records. A copy of this confirmation has also been emailed to you.

Chloe's Flower Shop
Delta Dental Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses
Metal level: Low

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Emma Cruz	self	52	\$21.94	\$14.09	\$7.85
Mark Cruz	spouse	50	\$21.94	\$16.44	\$5.50
TOTALS			\$43.88	\$30.53	\$13.35

Your coverage start date: 06/01/2016

Adquisición de un plan dental - Paso 7: Ahora podrá ver su resumen de inscripción. Para obtener más información sobre su plan, haga clic en el botón "VIEW DETAILS". Si desea cambiar de plan durante el período de inscripción abierta, haga clic en el botón "Make Changes".

The screenshot displays a web interface for dental coverage. At the top, it reads "2016 DENTAL COVERAGE • CHLOE'S FLOWER SHOP". Below this, there is a green header for "DELTA DENTAL" and the text "Coverage Selected". The main heading is "Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses". The plan details include: "PPD • LOW •", "NATIONWIDE NETWORK", "EFFECTIVE DATE: 06/01/2016", "DC HEALTH LINK ID: 448928", "COVERED: Emma • Mark", and "PREMIUM: \$13.35/month". The "PLAN SELECTED" date is "04/01/2016 (11:56AM)". At the bottom, there are three interactive elements: a "Plan Summary" link with a document icon, a "Carrier Contact Info" link with a phone icon, and a red "VIEW DETAILS" button. A "Make Changes" button is also present in the top right corner of the summary area.