



## Inscripción Abierta y Pasos de Acción 2019

**¡L**os Pasos de Acción de la Inscripción Abierta para el Plan del Año 2019 llegarán pronto! Este año, se requiere Inscripción Abierta para los Miembros Activos que deseen realizar cambios de proveedor, agregar o cancelar Dependientes o realizar cambios en la Información de Otros Seguros (OII, por sus siglas en inglés).

Si usted no necesita realizar cambios en ninguno de los temas mencionados anteriormente para el Plan del Año 2019, usted no necesita completar la Inscripción Abierta, pero **deberá completar los requisitos del Paso de Acción (si corresponde) para ser elegible o permanecer en el programa de bienestar** (a veces denominado como Asociación de Atención Médica o HCP, por sus siglas en inglés).

Si usted necesita completar la Inscripción Abierta para el Plan del Año 2019, visite [ufcwtrust.com](http://ufcwtrust.com) entre el 30 de

(Por favor vea la página 2)

### EN ESTE EJEMPLAR

Inscripción Abierta y Pasos de Acción 2019

**PÁGINAS 1-4**

Recordatorios de beneficios

**PÁGINA 4**

Extensiones de discapacidad: Lo que usted necesita saber

**PÁGINA 5**

Junio es el Mes Nacional de la Hernia

**PÁGINA 6**

Cuidado: Hospitales que solicitan préstamos de pacientes

**PÁGINA 7**

La importancia de comer frutas y verduras

**PÁGINA 8**

### FOR YOUR BENEFIT

es un boletín informativo diseñado para mantener informado a todos los Miembros acerca de cómo utilizar sus beneficios de manera más efectiva. Los Miembros pueden comunicarse también con los Empleados de Beneficios de la Unión o llamar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso directamente: (800) 552-2400. Los horarios de teléfono del Departamento de Salud y Bienestar son de 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde, de Lunes a Viernes. O visítenos en la red [WWW.UFCWTRUST.COM](http://WWW.UFCWTRUST.COM).

**EL VALOR MAYOR DE LA OFICINA DEL FONDO: CONFIANZA**

NOSOTROS DEMOSTRAMOS HONESTIDAD EN CADA NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN DONDE NUESTRA PALABRAS Y ACCIONES COINCIDEN



# Inscripción Abierta y Pasos de Acción 2019

(Continúa de la página 1)

julio del 2018 y el 28 de septiembre del 2018. Los Miembros que necesiten asistencia adicional pueden visitar la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO, por sus siglas en inglés) en Roseville o Concord. Si no es una opción, usted puede completar una Inscripción Abierta por teléfono llamando al TFO al (800) 552-2400, de lunes a viernes de 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde, hora del Pacífico.

## Requisitos de los Pasos de Acción

Este año, los Miembros Premier y Ultra Activos y sus Cónyuges/Parejas de Hecho inscritos deben completar los Pasos de Acción para permanecer o inscribirse en el programa de bienestar (a veces denominado Asociación de Atención Médica o HCP) para el Plan del Año 2019. Los Pasos de Acción son las acciones que los Miembros y los Cónyuges/Parejas de Hecho inscritos deben realizar durante un período específico cada año para calificar para el programa de bienestar (HCP).

El proceso de Pasos de Acción se ejecuta simultáneamente con la Inscripción Abierta desde el 30 de julio del 2018 hasta el 28 de septiembre del 2018.

**Tenga en cuenta que los Miembros (y sus Cónyuges/Parejas de Hecho) que se graduaron del plan estándar para el plan Ultra, en cualquier momento entre el 1 de julio del 2017 y el 30 de junio del 2018, también deben completar todos los Pasos de Acción detallados en la página 3 para poder permanecer en el programa de bienestar (HCP) para el Plan del Año 2019.**



*For Your Benefit* es la publicación oficial de la UFCW & Employers Benefit Trust. Utilizando todos nuestros recursos, hemos logrado recompilar toda la información correcta referente a ciertos beneficios, pero este boletín informativo no incluye todas las disposiciones que lo gobiernan, sus limitaciones, y todas sus exclusiones, pueden variar entre un plan y otro. Consulte el Summary Plan Description, Plan Document, Evidence of Coverage and/or Disclosure Form ("Governing Documents") para información acerca de su gobernanza. En el caso de cualquier conflicto entre los términos de este boletín informativo y los Documentos de Gobernanza, los Documentos de Gobernanza tendrán preponderancia. Como siempre, la Junta Directiva de la UFCW & Employers Benefit Trust mantiene autoridad absoluta en determinar elegibilidad a su discreción, junto con los derechos del plan de beneficios y la interpretación de términos de los planes. La información contenida en estos artículos es sólo para su uso general y no deberá considerarse como sugerencia médica. Se recomienda que llame al 9-1-1 en caso de una emergencia.

1000 Burnett Avenue, Suite 110  
Concord, CA 94520

2200 Professional Drive, Suite 200  
Roseville, CA 95661

(800) 552-2400 • [UFCWTRUST.COM](http://UFCWTRUST.COM)



## Comparta sus historias e ideas con la Oficina del Fondo

¿Le gustaría compartir una historia de cómo los beneficios de la UEBT marcaron una diferencia en su vida o para alguno de sus seres queridos?

¿Tiene algún tema relacionado con los beneficios del que quisiera poder aprender más en futuras ediciones de *For Your Benefit*?

Envíe su historia o ideas a [MemberProfile@ufcwtrust.com](mailto:MemberProfile@ufcwtrust.com). Podríamos comunicarnos con usted para obtener más información.



## Inscripción Abierta Pasos de Acción

**L**os Miembros de Blue Shield PPO y los Miembros de Kaiser HMO (y sus Cónyuges/Parejas de Hecho inscritos) deben completar los siguientes Pasos de Acción para participar en el programa de bienestar (HCP) para el Plan del Año 2019:

1. Firma electrónica del bienestar (HCP) y Acuerdo GINA
2. Pruebas de Detección Biométricas
3. Un cuestionario de riesgo para la salud (HRQ, por sus siglas en inglés) para Participantes actuales de PPO o una Evaluación de Salud Total (THA, por sus siglas en inglés) para los Participantes actuales de Kaiser.
4. Un acuerdo de HIPAA (requerido sólo para los participantes HMO de Kaiser)

Los detalles completos sobre sus requisitos específicos para los Pasos de Acción se proporcionarán en su paquete de Inscripción Abierta, que usted recibirá por correo a fines de julio. **Por favor, asegúrese de que su dirección registrada en la Oficina del Fondo de Fideicomiso esté actualizada para que usted reciba su paquete de Inscripción Abierta.**

El Acuerdo de bienestar (HCP) y los Pasos de Acción de HRQ/THA estarán disponibles para los miembros y sus Cónyuges/Parejas de Hecho actualmente inscritos para ser completados en [ufcwtrust.com](http://ufcwtrust.com) entre el 30 de julio del 2018 y el 28 de septiembre del 2018.

Los Participantes pueden satisfacer

el requisito de una Prueba de Detección Biométrica con la información recopilada por su médico durante una visita al consultorio o un examen físico anual en cualquier momento entre el 1 de enero del 2018 y el 28 de septiembre del 2018. Si usted es Miembro PPO, visite [ufcwtrust.com](http://ufcwtrust.com), haga clic en la pestaña "Recursos," luego "Formularios UEFT," donde encontrará el formulario PPO HM7 de Prueba de Detección Biométrica, que debe llevar con usted al consultorio de su médico para su visita regular o para un examen físico anual.

Si usted ya realizó estas mediciones en una visita al consultorio o en un examen anual después del 1 de enero del 2018, usted puede proporcionar el formulario a la oficina de su médico para que se complete. **Por favor, tenga en cuenta que, si su médico ordena una evaluación que no forma parte de los Pasos de Acción, usted será responsable de los cargos correspondientes.**

Los Participantes de PPO también pueden programar una Prueba de Detección Biométrica en el Centro de Servicios para Pacientes de Quest a partir del 30 de julio del 2018. Los participantes de Kaiser HMO pueden visitar cualquiera de los laboratorios de Kaiser para realizarse una Prueba de Detección Biométrica y la estación de enfermeras para conocer su índice de masa corporal (IMC) y su presión arterial. Asegúrese de iniciar una sesión en el sitio de Internet de [kp.org](http://kp.org) y revise si usted ya ha realizado Pruebas Biométricas relevantes que pueden

## Glosario

### Acuerdo de GINA

Ley de No Discriminación de Información Genética del 2008 (GINA). Los Cónyuges/Parejas de Hecho inscritos deben firmar el Acuerdo de GINA antes de que se pueda divulgar a MedExpert y a la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) información de Paso de Acción de su Cónyuge/Pareja de Hecho.

### Pruebas de Detección Biométricas

Análisis de sangre y otras medidas médicas.

### Acuerdo HIPAA

Al firmar el Acuerdo Kaiser HIPAA se confirma que la información biométrica y THA se ha completado con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

### Evaluación de Salud Total (THA)

Es una encuesta para Miembros de Kaiser HMO y Cónyuges/Parejas de Hecho inscritas que formula una serie de preguntas sobre actividades y comportamientos relacionados con la salud y el historial de ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca).

### Cuestionario de Riesgo

#### de Salud (HRQ)

Es una encuesta para los Miembros de PPO y sus Cónyuges/Parejas de Hecho inscritas que formula una serie de preguntas sobre actividades y comportamientos relacionados con la salud y el historial de ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca).

utilizarse para cumplir con los requisitos de su Prueba de Detección Biométrica.

Tanto el Miembro como el Cónyuge/Pareja de Hecho inscrito deben completar los Pasos de Acción. Si el Miembro o el Cónyuge/Pareja de Hecho no completan todos los Pasos de Acción requeridos dentro del período de tiempo especificado (30 de julio del 2018 hasta el 28 de septiembre del 2018), el Miembro y todos los Dependientes inscritos quedarán descalificados del programa de bienestar (HCP) durante el Plan del Año 2019.



## GUÍA RÁPIDA DE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

**1** Revise el paquete de Inscripción Abierta/Pasos de Acción que recibirá por correo a fines de julio.

**2** Si usted necesita realizar algún cambio en las elecciones de su proveedor, Dependientes cubiertos u Otra información de seguro (OII) **usted debe completar la Inscripción Abierta en [ufcwtrust.com](http://ufcwtrust.com)** entre el 30 de julio del 2018 y el 28 de septiembre del 2018.

**3** Si usted no necesita realizar ningún cambio en las elecciones de proveedor, Dependientes cubiertos u Otra información de seguro (OII), no necesita hacer la Inscripción Abierta (aunque es posible que deba seguir los Pasos de Acción como se describe en la página 3).

Si no completa la Inscripción Abierta, sus opciones actuales de inscripción permanecerán vigentes hasta diciembre del 2019, siempre que usted y cualquier Dependiente inscrito continúen siendo elegibles. Sin embargo, usted puede perder su elegibilidad para participar en el programa de bienestar (HCP) si no completa los Pasos de la Acción.

**4** **Todos los Miembros aplicables y sus Cónyuges/Parejas de Hecho deben completar los Pasos de Acción detallados en la página 3 para participar en el programa de bienestar (HCP) para el Plan del Año 2019.**



### Mantenga actualizada su Otra Información de Seguro

Es importante que usted tenga la Información actual de otros seguros (OII) registrada en la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO).

El TFO debe tener información actualizada sobre cualquier otro seguro de salud que puedan tener los miembros, su Cónyuge/Pareja de Hecho o sus Dependientes para procesar los reclamos correctamente. Por favor, contáctenos con cualquier cambio.

Usted puede actualizar su OII como parte de la Inscripción Abierta visitando [ufcwtrust.com](http://ufcwtrust.com) entre el 30 de julio del 2018 y el 28 de septiembre del 2018. Sin embargo, usted debe informarnos de cualquier cambio durante el año para que las reclamaciones se procesen correctamente. Además, si su(s) Dependiente(s) pierde(n) otra cobertura durante el año, él o ella pueden tener derechos especiales de inscripción, pero sólo si notifican al Plan dentro de los 30 días de la pérdida de otra cobertura.

### Beneficios pagados por error

Los Miembros son responsables de los beneficios pagados por error por el TFO. Los beneficios pueden pagarse por error, por ejemplo, porque el TFO no tenía información precisa sobre otro seguro que podría estar vigente, o los beneficios pueden pagarse en nombre de Dependientes cuando ya no califican (como un Cónyuge después de un divorcio o un niño que crece sin cobertura).

Si usted conoce algún beneficio pagado por error, debe notificar al TFO tan pronto como descubra el error.

Si los beneficios se pagan por error, usted es responsable de reembolsar al Fondo por cualquier pago en exceso de los beneficios.

Si no reembolsa el Fondo, la Junta de Fideicomisarios podría decidir compensar cualquier beneficio futuro pagadero por usted o sus Dependientes por el monto pagado por error.

# Extensiones por Discapacidad

## Lo que usted necesita saber

Una Extensión por Discapacidad proporciona cobertura para usted y los miembros de su familia cubiertos cuando usted no puede trabajar las horas que califican debido a su discapacidad. Revise el Sumario de la Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) para asegurarse de cumplir con todos los requisitos.

Si su propia enfermedad o lesión le impide trabajar suficientes horas de calificación para seguir siendo elegible para sus beneficios de salud, usted puede ser elegible para una Extensión por Discapacidad.

Los Miembros Estándar se les permite hasta tres Extensiones por Discapacidad mientras que tengan al menos 12 meses de elegibilidad antes de la discapacidad. A los Miembros de Ultra/Premier se les permite hasta cuatro Extensiones por Discapacidad en un período de 36 meses consecutivos. Las Extensiones por Discapacidad se ejecutan simultáneamente con la cobertura de la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés).

### Solicitar y completar una Extensión por Discapacidad

Para solicitar una Extensión por Discapacidad, usted puede enviar un formulario de Licencia por Enfermedad/Incapacidad (DE) a la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO). Usted puede ayudar a garantizar que el proceso transcurra sin problemas, proporcionando toda la información necesaria y cumpliendo con los plazos de entrega.

Si usted necesita presentar un formulario de Licencia por Enfermedad/Discapacidad, comuníquese con el TFO al (800) 552-2400 o visite [ufcwtrust.com](http://ufcwtrust.com). Los formularios imprimibles se pueden encontrar seleccionando “Recursos,” “Formularios” y luego la pestaña “Formularios UEFT” en la página de inicio.

Se encuentran disponibles dos versiones del formulario: una para Miembros con horario de trabajo de lunes a domingo (Miembros de Save Mart,

### Parte 1

### Parte 2

### Parte 3 (en la parte posterior)

**UFCW TRUST UEFT SICK LEAVE CLAIM FORM/DISABILITY EXTENSION APPLICATION**  
CHECK ONE:  SICK LEAVE ONLY  DISABILITY EXTENSION ONLY  SICK LEAVE AND DISABILITY EXTENSION

**PART 1: EMPLOYEE INFORMATION (TO BE FILLED OUT BY EMPLOYEE ONLY)**  
These sections must be completed by the Employee. Part 1-A and 1-B must be completed prior to the Employer completing their section.

1-A Name: First Name, Initial, Date of Birth, Social Security #, Home Phone #, City, State, Zip Code, Date of Address Change, Date of Address Change.  
1-B Date Absent Due to Disability, Return-to-Work Date, Were you injured on the job?, Injury Date.

1-C For privacy reasons, this section (1c) may be filled out after the employer completes Part 2. Did you see a doctor during your disability? NO  YES  Describe your disability.

1-D I request Sick Leave payments or Disability Extensions for the days of employment lost because of a disability. I understand that I may be subject to civil and/or criminal penalties for committing a fraudulent insurance act if I knowingly provide any materially false information to, or conceal any material facts from, the Trust Fund with the intent to defraud or mislead the Trust Fund to obtain Disability Extensions. I further authorize any physician or hospital to furnish and disclose all known facts concerning my disability.

EMPLOYEE'S Signature: X Store Phone #: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_

**PART 2: EMPLOYER STATEMENT (TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER ONLY)**  
This section must be completed by your Employer. Your Employer may require that only certain authorized signatures be accepted. Please be sure to obtain the proper Authorized Signature. The Employer should indicate the schedule you would have worked had you not been absent due to your disability.

Scheduled Work Hours per Week: Hours per week, Hourly Rate, Part-Time, Job Classification, Number of hours employee would have been scheduled to work each day during the week of the disability.

1-A Date Employee Returned to Work: M/M/YY  
1-B Did employee work on first day of paid disability or return to work anytime during this disability? NO  YES  If YES, hours & dates paid:  
During the claim period was the employee on the night crew? NO  YES  If YES, give the # of missed shifts:  
1-C Did the employer receive holiday, funeral, birthday or vacation pay during this disability? NO  YES  If YES, indicate hours & dates paid:  
1-D Was employee injured on the job? NO  YES  If YES, indicate hours & dates paid:

**PART 3: ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (TO BE FILLED OUT BY PHYSICIAN ONLY)**  
This section must be completed by your doctor. You MUST be seen by your doctor during your disability or to be paid beyond the first week of disability, this section must be completed by your doctor. You MUST be seen by your doctor during your disability or to be paid beyond the first week of disability, this section must be completed by your doctor. You MUST be seen by your doctor during your disability or to be paid beyond the first week of disability, this section must be completed by your doctor.

Patient Name: Last, First, Middle Initial, Birth, Sex, Date of Birth, Date patient will be able to return to work, Is disability related to pregnancy?, Diagnosis Code, Date of Onset, Date of Discharge, City, State, Confirmed from, Date Signed, Phone Number.

Attending Physician: Last Name, First Name, Degree, Address, Street Address, City, State, Zip Code, Date Signed, Phone Number.

Attending Physician Signature: X

**IF YOUR ABSENCE LASTS LONGER THAN 7 CALENDAR DAYS, YOU MUST FILE FOR STATE DISABILITY INSURANCE (SDI)**  
ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION  
(1) Disabled more than Seven Calendar Days (Three Calendar Days if Disability Caused by Work) from first day of Absence\* - The Trust Fund pays in combination with State Disability Insurance (SDI) or Worker's Compensation (WC) benefits beginning your first week of disability. In order to receive your maximum benefits, you MUST file for SDI or WC and attach one of the following:

Lucky y Vons) y otra para Miembros con horarios de trabajo de domingo a sábado (todos los demás miembros).

En la parte superior del formulario, usted tiene tres opciones para especificar por qué está enviando el formulario: Licencia por Enfermedad solamente, Extensión por Discapacidad solamente, o Licencia por Enfermedad y Extensión por Discapacidad. Es importante que usted seleccione una de las opciones. Si usted no selecciona una opción, el formulario se procesará solo para Beneficios por enfermedad, lo que puede ocasionar un retraso en una Extensión por Discapacidad y una pérdida de cobertura si se informaron horas insuficientes.

**Parte 1:** Asegúrese de ingresar toda su información personal actual y firme en el medio de la página.

**Parte 2:** SÓLO para una Extensión por

Discapacidad, el Miembro puede completar esta sección y no se requiere la firma de un empleador.

**Parte 3:** Su médico completará esta parte. Una nota del doctor sólo es requerida para Extensiones por Discapacidad si usted está sin trabajo más de siete días calendario.

**Recordatorios para garantizar que su formulario se procesa correctamente:**

- No deje ninguna sección en blanco, como su número de seguro social, su firma, etc.
- Para evitar lagunas en su cobertura de salud, presente el formulario antes de perder la cobertura. Tiene 60 días a partir de la pérdida de elegibilidad para presentar un formulario de Extensión por Discapacidad, pero debe enviarlo lo antes posible para evitar la interrupción de su cobertura.
- Envíe el formulario directamente al TFO (no a su Unión, ni a su empleador).

# La Hernia: A veces la ve, a veces no Junio es el Mes Nacional de la Hernia



Escrito por MedExpert, basado en investigaciones

**T**odos hemos oído hablar de las hernias, pero a menos que usted tenga una, es posible que no sepa mucho sobre ellas. De hecho, ¡usted podría tener una sin saberlo! Echemos un vistazo a las hernias, los tipos de hernias y qué hacer con ellas si usted o un ser querido se ven afectados.

**Una hernia es el abultamiento de un órgano interno a través de un área débil o a través de un tejido desgarrado.** Existen 11 tipos de hernias, desde las que afectan a los niños, a las relacionadas con la actividad deportiva, hasta las que están involucradas en el embarazo.

En ejemplos comunes, uno de sus intestinos podría abultarse a través de sus músculos abdominales inferiores (una **hernia inguinal**) o su estómago podría abultarse a través de una abertura en su diafragma (una **hernia hiatal**). La hernia inguinal es la más común, representa el 70% de todas las hernias. Estas hernias se pueden ver como un abultamiento de sus intestinos a través de varios lugares de la parte inferior del cuerpo y el abdomen. También pueden ser dolorosas. Algunas hernias pequeñas pueden volver a colocarse en su lugar; las hernias más grandes pueden requerir cirugía.

Las hernias hiales no se pueden ver y pueden simular los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés), como la acidez estomacal. Un estudio de la Administración de Veteranos de casi 200,000 pacientes descubrió que casi la mitad de los pacientes con hernia hiatal fueron diagnosticados originalmente con GERD.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón, si usted tiene una hernia y no está causando síntomas o problemas, no es necesario ningún tratamiento.

Usted puede prevenir o disminuir los síntomas con cambios en el estilo de vida, como no fumar, no beber alcohol, evitar ciertos

alimentos y comer comidas más pequeñas. Y si la cirugía se vuelve necesaria, un estudio en el *Journal of the Society of Laproendoscopic Surgeons* dice que la cirugía sin complicaciones es exitosa más del 85% de las veces.

Los Miembros están invitados a comunicarse con MedExpert si desean saber más sobre las hernias y la salud en general.

Ya sea que usted esté en la mejor salud o lidiando con una condición nueva o crónica, MedExpert está aquí para usted llamando al (800) 999-1999.

## FUENTES:

1. British Hernia Centre. Inguinal Hernia. <https://www.hernia.org/types/inguinal>.
2. El-Serag H, Sonnenberg A. Associations between different forms of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*. 1997;41: 594-599.
3. Medline Plus. Hiatal Hernia. <https://medlineplus.gov/hiatalhernia.html>.
4. Edelman DS, et al. Safe esophageal bougie placement for laparoscopic hiatal hernia repair. *JLS*. 1998; 2:31-33.

**Miembros Activos:**  
Cómo contactar a **HMC**  
para usar sus beneficios  
y adquirir ayuda para  
salud mental y ayuda  
por abuso de sustancias



Visite **ufcwtrust.com**.

Haga clic en la pestaña “Recursos.”

Seleccione “Buscar un proveedor/una farmacia” para comunicarse con HMC.

En el sitio web de HMC, use el código de acceso UFCWTRUST.

## ATENCIÓN AL COMPRADOR:

# Los hospitales solicitan préstamos a los pacientes para pagar por un tratamiento



Los participantes de la UEBT deben estar informados acerca de una nueva práctica que ocurre en algunos hospitales. Pacientes que han visitado la sala de emergencias para recibir tratamiento fueron contactados por representantes del hospital y se les dio la opción de solicitar un préstamo para pagar sus tratamientos médicos.

De acuerdo con un artículo reciente en *Kaiser Health News* (un servicio de noticias sin fines de lucro), estas estrategias de “financiamiento para pacientes” son parte de una tendencia creciente de hospitales y bancos que se asocian para ofrecer préstamos a pacientes allí mismo.

Los expertos médicos y financieros han expresado su preocupación sobre la práctica por estas razones:

- Es probable que los pacientes que reciben atención de emergencia en un hospital estén en un estado más emocional de lo que estarían en una cita programada con un médico o especialista. Las decisiones de financiación idealmente deberían tomarse en un entorno más tranquilo.
- Si bien puede parecer atractivo recibir un préstamo instantáneamente, sin verificación de crédito y con una tasa de interés baja o cero por ciento, los cargos hospitalarios reales que el paciente acepta pagar pueden ser mucho más altos que la tasa de la que el paciente sería responsable si los cargos se procesaran a través del seguro de salud del paciente.

El artículo de *Kaiser Health News* destaca la experiencia de una mujer embarazada que se cayó en un estacionamiento y se le ofreció una oferta de préstamo del hospital mientras estaba sufriendo y aún se encontraba bajo tratamiento.

Sintiéndose incómoda y sospechando de la situación, la mujer rechazó la oferta y esperó a que se procesaran los cargos de su hospital a través de su seguro. Ni a la mujer, ni a su esposo, un sobreviviente de cáncer, se les había pedido anteriormente que paguen por adelantado para recibir tratamiento médico. La paciente dijo que se sentía intimidada por la experiencia y temía que alguien con menos conocimiento del sistema de atención de salud pudiera ser engatusado para pagar una cantidad mayor por el tratamiento.

El costo final de su visita, después de los ajustes de seguro, fue de \$150 dólares, mucho menos que la oferta de préstamo de más de \$800 dólares.

FUENTES:

- KHN.org
- Clark.com

# La importancia de comer frutas y verduras

**C**omer frutas y verduras frescas es una parte importante de un estilo de vida saludable. Estos alimentos contienen vitaminas para ayudar a reducir el riesgo de muchas enfermedades, y también contribuyen a una dieta saludable de otras maneras.

Un estilo de vida ocupado puede hacer que sea difícil elegir frutas y verduras frescas en lugar de alimentos procesados, que a veces son menos costosos y están más disponibles. Pero la conveniencia de los alimentos procesados viene con una serie de problemas no saludables, ya que estos alimentos a menudo están cargados de grasas trans, sodio y azúcar agregada. Una dieta alta en estos ingredientes puede conducir a muchos problemas de salud, desde la obesidad y la hipertensión hasta la diabetes y las enfermedades del corazón.

La opción más saludable es comprar más frutas y verduras frescas cuando visite al mercado, en lugar de comprar galletas saladas o galletas dulces. Tener un suministro constante de manzanas, plátanos u otras frutas a la mano mejora las posibilidades de que usted elija una fruta saludable para un refrigerio o botana cuando esté en casa o empaque un almuerzo para llevarlo al trabajo o de viaje.

Tener vegetales frescos a la mano puede inspirarle a cocinar en casa, lo cual es casi siempre una opción más saludable que ir a un restaurante o pedir comida para llevar. Cortar pimientos para saltear o cortar cebollas y ajos para obtener una salsa casera de pasta es una experiencia gratificante, y crea comidas con beneficios para la salud.

La Escuela de Salud Pública de Harvard ha estudiado el papel de una dieta rica en frutas y verduras para reducir la presión arterial y reducir el riesgo de cáncer, así como para prevenir la enfermedad cardíaca y otras dolencias.

Específicamente, los vegetales de hoja verde como la lechuga, la espinaca, la acelga y la col rizada, así como las frutas cítricas como naranjas, limones y limas, reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. También se demostró que el brócoli, la col china, el ajo, la cebolla y otros vegetales sin almidón protegen contra varios tipos de cáncer.

Los estudios de Harvard instan a las personas a comer más frutas y verduras todos los días para dar a sus cuerpos la combinación de nutrientes que necesitan.

#### FUENTES:

- [hsph.harvard.edu](http://hsph.harvard.edu)
- [cooking.nytimes.com](http://cooking.nytimes.com)



## RECETA

### Gazpacho

*Esta sopa de tomate clásica y fría está repleta de vegetales frescos de jardín, libre de colesterol y hecha con poco aceite agregado.*

#### Ingredientes:

- 4 tazas de jugo de tomate\*
  - ½ cebolla mediana, pelada y picada en trozos gruesos
  - 1 pimiento verde pequeño, pelado, sin semillas y picado grueso
  - 1 pepino pequeño, pelado, cortado, sin semillas y picado grueso
  - ½ cucharadita de salsa Worcester
  - 1 diente de ajo, picado
  - 1 gota de pimiento picante
  - ⅛ cucharadita de pimienta de cayena
  - ¼ cucharadita de pimienta negra
  - 2 cucharadas de aceite de oliva
  - 1 tomate grande, finamente cortado en cubitos
  - 2 cucharadas de cebolletas picadas o cebolletas
  - 1 limón, cortado en 6 rodajas
- \*Para reducir el consumo de sodio, pruebe con jugo de tomate bajo en sodio.

#### Dirección:

1. Ponga 2 tazas de jugo de tomate y todos los demás ingredientes, excepto el tomate cortado en cubitos, el cebollín y las rodajas de limón, en la licuadora.
2. Hágalo un puré
3. Agregue lentamente las 2 tazas restantes de jugo de tomate a la mezcla hecha puré. Agregue el tomate cortado en cubitos. Póngalo en el refrigerador.
4. Sirvalo bien frío en tazones individuales adornados con cebolletas picadas y rodajas de limón.

#### FUENTE:

- [health.gov](http://health.gov)