


# Nuevos empleados: cómo inscribirse para obtener cobertura de seguro médico a través de DC Health Link

¿Para quién es esta guía? Esta guía asistirá a los empleados sin una cuenta de DC Health Link durante el proceso de configuración de sus cuentas de empleado, de selección de un plan o de renuncia a la cobertura.

## Introducción: configuración de su cuenta

Haga clic en el botón rojo "GET STARTED" debajo de "Employee" en [DCHealthLink.com](https://DCHealthLink.com)

What kind of health insurance do you need?



### Individual & Family

Find the right medical, dental or vision insurance plan for you, or for you and your family. See if you qualify for a tax credit or Medicaid.

**GET STARTED**

### Small Business

Offer your employees quality, affordable medical, dental or vision insurance. Businesses with 1-50 employees are eligible and can enroll anytime.


**GET STARTED**

### Employee

If the company you work for offers health insurance through DC Health Link, learn more about what your company offers and enroll.

**GET STARTED**

Haga clic en el botón rojo "CONTINUE" para conocer sus opciones.



Signing up for employer-sponsored health insurance is an easy 3-step process

**STEP 1**  
Tell us about yourself

First, you'll create an account. Then we'll need some personal information to verify your employer. After that, you'll tell us who needs coverage. Just you, or you and your family.

**STEP 2**  
Compare plans and choose

Learn more about the health insurance your company offers and how much they contribute towards your premiums. If your company offers more than one plan, you can compare plans before you choose.

**STEP 3**  
Confirm and Enroll

Once you choose a plan, confirm that your personal information is correct and includes the members of your household who should be covered by your plan. Then enroll.

**CONTINUE**


Complete con su dirección de correo electrónico y cree una contraseña (8 caracteres mínimo); luego, haga clic en el botón "Create account". Asegúrese de guardar su contraseña en un lugar seguro. Utilizará su dirección de correo electrónico para ingresar en el futuro.

## Create account

Email

Password (8 characters minimum)

Password confirmation



## Su información y vinculación con su empleador


**Su información - Paso 1:** Complete con su información personal (nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social) y luego haga clic en el botón rojo “CONTINUE”.

### Personal Information

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

**0% Complete**

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



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

### Personal Information

#### Account Information

FIRST NAME *	MIDDLE NAME	LAST NAME *	SUFFIX
Emma		Cruz	
DATE OF BIRTH *	SOCIAL SECURITY *	<input type="radio"/> MALE	<input checked="" type="radio"/> FEMALE
12/25/1963	333-20-4777		

#### Healthcare Marketplace

Chloe's Flower Shop has added you as an employee. You're eligible for coverage starting 06/01/2016.

<input checked="" type="radio"/> Enroll in Employer-Sponsored Benefits
<input type="radio"/> Enroll in Individual Benefits

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

**15% Complete**

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

**NOTA:** En el caso de que no se lo vincule a un empleador, asegúrese de haber ingresado su SSN y DOB de forma correcta anteriormente. Si aún así no se lo vincula con el empleador, confirme que el empleador haya ingresado su SSN y DOB correctamente y que usted haya sido agregado a la lista de empleados.

**Su información - Paso 3:** Complete con su información de contacto donde sea necesario, como su domicilio, dirección de correo electrónico y número telefónico. La información que ya aparece fue cargada por el empleador, pero usted puede editarla. Una vez que se complete su información de contacto, haga clic en el botón rojo "CONTINUE".

Contact Information

30% Complete

FIRST NAME * Emma	MIDDLE NAME	LAST NAME * Cruz	SUFFIX
DATE OF BIRTH * 12/25/1963	SOCIAL SECURITY * 333-20-4777	<input type="radio"/> MALE	<input checked="" type="radio"/> FEMALE

**Employer :** Chloe's Flower Shop  
**Hired :** 04/17/2013  
**Eligible for Coverage :** 06/01/2016

Not your employer? [Click Here](#)

NEW ADDRESS	Home Address	
ADDRESS LINE 1 * 1600 L Street	ADDRESS LINE 2	
CITY * Washington	DC	ZIP * 20005

HOME PHONE	MOBILE PHONE
WORK PHONE	FAX PHONE

Home Email Address emmacruzdc@yopmail.com	Work Email Address
--	--------------------

Please indicate preferred method to receive notices (OPTIONAL)

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

Navigation:

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

**CONTINUE**

PREVIOUS

SAVE & EXIT

## La información de su familia

**Información de su familia - Paso 1:** Para agregar a un miembro de su familia a su cobertura financiada por el empleador, haga clic en "Add Member". Si no está agregando a un miembro de su familia, diríjase a "Shop for a Health Plan".


### Household Info: Family Members

If you need to get insurance coverage for other members of your household, select 'Add Member'. When you're finished, select CONTINUE.

\* = required field

NAME	RELATION
Emma Cruz	Self

**Add Member**



**Información de su familia - Paso 2:** Complete la información requerida sobre los miembros de su familia, incluida la relación de parentesco con usted. Una vez que haya completado toda la información demográfica, complete el agregado del miembro familiar haciendo clic en “Confirm Member”. Repita este paso hasta que haya agregado a todos los miembros de su familia y luego, haga clic en el botón “Continue” en la misma página.

**NOTA:** Posteriormente, usted seleccionará cuáles de estos miembros desea cubrir.

Please enter the information requested below. When you're finished, select 'Confirm Member' at the bottom of the page.

\* = required field

NAME: Emma Cruz, RELATION: Self

FIRST NAME \*, MIDDLE NAME, LAST NAME \*

DATE OF BIRTH \*, SOCIAL SECURITY, I don't have an SSN, RELATION \*, GENDER: MALE (selected), FEMALE

NEW ADDRESS: Home Address, RELATION \* dropdown: Spouse, Life partner, Child, Adopted child, Annuitant, Aunt or uncle, Brother or

ADDRESS LINE 1, ADDRESS

CITY, SELECT STATE

Buttons: Add Mailing Address, Cancel, CONFIRM MEMBER, CONTINUE

**NOTA:** La selección de género, por defecto, es “Male”. Cámbiela manualmente a “Female” si es necesario.

**Información de su familia - Paso 3:** 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, haga clic en el botón rojo “CONTINUE” para continuar con la selección del plan.

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

Who Needs Coverage?

Emma Cruz (Age : 52 years)

Mark Cruz (Age : 50 years)

Benefit Type

Health

Dental

Buttons: Back to my account, CONTINUE, PREVIOUS, SAVE & EXIT

**NOTA:** Puede seleccionar el botón “Back” en su navegador para cambiar de miembros de familia cubiertos durante la adquisición de un plan. Durante el período de inscripción abierta o el período de inscripción especial, puede ingresar y agregar/quitar dependientes de su cobertura incluso después de haberse inscrito en un plan.



## Adquisición de un plan de seguro médico

**NOTA:** Para renunciar a la cobertura, proceda a la sección Renuncia a la cobertura.

**Adquisición de un plan de seguro médico - Paso 1:** Todos los planes ofrecidos por su empleador se muestran en esta página. Usted puede clasificar los planes por una variedad de factores: Nivel de metal, tipo de plan, red, aseguradora, elegibilidad para la cuenta de ahorros de salud (HSA, 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. Puede encontrar más información sobre cada plan seleccionando "DETAILS" en cada plan ofrecido.

### Choose Plan

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'.

COVERAGE FOR: **Emma Cruz** (employee) + **1 dependent(s)** Employer: **Chloe's Flower Shop** PLANS: **53**

Find Your Doctor

Sort By Plan Name Premium Amount Deductible Carrier

#### Filter Results

##### Metal Level

- Bronze
- Silver
- Gold
- Platinum
- Catastrophic

##### Plan Type

- HMO
- PPO
- POS

##### Network

- Nationwide
- DC-Metro

CareFirst  **BlueChoice HMO HSA/HRA Bronze 5000** \$88.87 /Month

CareFirst


TYPE	LEVEL	NETWORK	DEDUCTIBLE
HMO	 Bronze	DC-Metro	\$5,000

Compare  Summary of Benefits and Coverage [Details](#) [Select Plan](#)

CareFirst  **BlueChoice Plus HSA/HRA Bronze 5000** \$97.10 /Month

CareFirst

TYPE	LEVEL	NETWORK	DEDUCTIBLE
POS	 Bronze	DC-Metro	\$5,000

Compare  Summary of Benefits and Coverage [Details](#) [Select Plan](#)

CareFirst  **BlueChoice Advantage HSA/HRA Bronze 5000** \$113.76 /Month

CareFirst

TYPE	LEVEL	NETWORK	DEDUCTIBLE
POS	 Bronze	Nationwide	\$5,000

**HSA Eligibility** ⓘ

All

**Premium Amount** ⓘ

0 To 2000

**Deductible Amount**

0 To 6000

**APPLY** **Reset**

TYPE	LEVEL	NETWORK	DEDUCTIBLE
HMO	Bronze	DC-Metro	\$5,500
HMO	Silver	DC-Metro	\$3,000

Carefirst **BlueChoice HMO HSA/HRA Silver 3000** \$266.79 /Month

CareFirst

Carefirst **BlueChoice Plus HSA/HRA Bronze 5000** \$97.10 /Month

CareFirst

TYPE LEVEL NETWORK DEDUCTIBLE

POS Bronze DC-Metro \$5,000

Compare Summary of Benefits and Coverage Details Select Plan

**NOTA:** Puede filtrar resultados utilizando “Filter Results” en la parte izquierda para cambiar los planes 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 de seguro médico - Paso 2:** Seleccione su plan haciendo clic en el botón azul “Select Plan”.

Carefirst **BlueChoice Plus HSA/HRA Bronze 5000** \$97.10 /Month

CareFirst

TYPE LEVEL NETWORK DEDUCTIBLE

POS Bronze DC-Metro \$5,000

Compare Summary of Benefits and Coverage Details **Select Plan**

**Adquisición de un plan de seguro médico - Paso 3:** Revise la información de la lista y haga clic en el botón “Confirm”.

### Confirm Your Plan Selection

75% 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  
CareFirst BlueChoice Plus HSA/HRA Bronze 5000  
Metal level : Bronze

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Emma Cruz	self	52	\$323.83	\$323.83	\$0.00
Mark Cruz	spouse	50	\$311.68	\$214.58	\$97.10
<b>TOTALS</b>			<b>\$635.51</b>	<b>\$538.41</b>	<b>\$97.10</b>

Your coverage start date : 06/01/2016

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

**CONFIRM**

Waive Coverage

PREVIOUS

SAVE & EXIT

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

**Adquisición de un plan de seguro médico - Paso 4:** 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

Your enrollment has been submitted as of 04/01/2016 11:00 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**  
**CareFirst BlueChoice Plus HSA/HRA Bronze 5000**  
Metal level : Bronze

Name	Relationship	Age	Premium	Employer Contribution	You Pay
Emma Cruz	self	52	\$323.83	\$323.83	\$0.00
Mark Cruz	spouse	50	\$311.68	\$214.58	\$97.10
<b>TOTALS</b>			<b>\$635.51</b>	<b>\$538.41</b>	<b>\$97.10</b>

Your coverage start date : 06/01/2016

[Print](#)


**100% Complete**


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



[CONTINUE](#)

**Adquisición de un plan de seguro médico - Paso 5:** 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”.

### 2016 HEALTH COVERAGE • CHLOE'S FLOWER SHOP

**CareFirst**  **Coverage Selected**  
**BlueChoice Plus HSA/HRA Bronze 5000**

POS •  BRONZE      PREMIUM: \$97.10/month  
EFFECTIVE DATE: **06/01/2016**      PLAN SELECTED: **04/01/2016 (10:53AM)**  
DC HEALTH LINK ID: **448902**  
COVERED: **Emma • Mark**

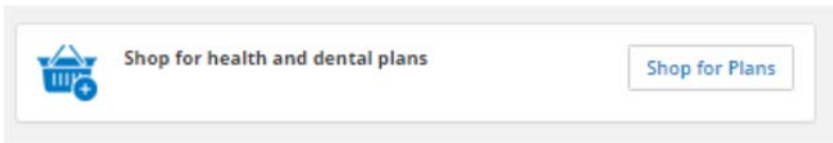
 Summary of Benefits and Coverage       Carrier Contact Info

[Make Changes](#)

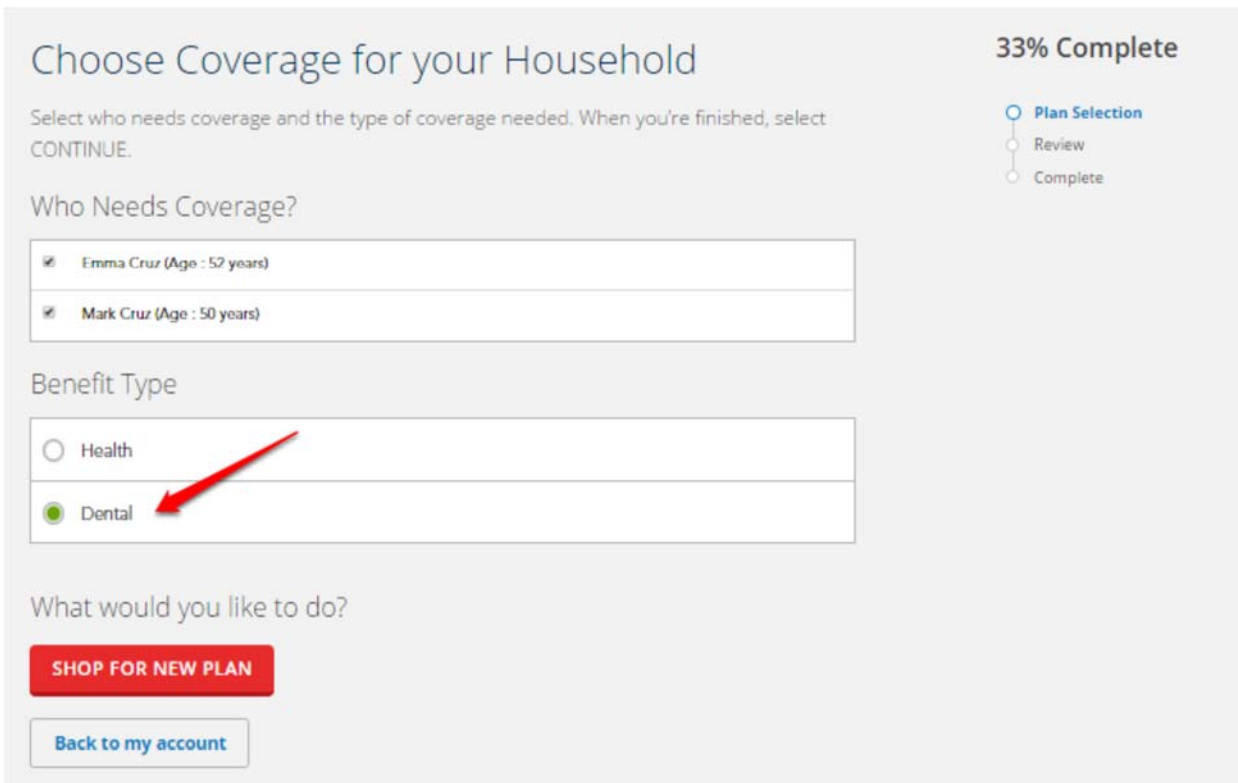
[VIEW DETAILS](#)

## Adquisición de un plan dental

**Adquisición de un plan dental - Paso 1:** Si su empleador ofrece cobertura dental, 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 gray background. At the top right, it says "33% Complete". Below the title, there is a sub-header "Select who needs coverage and the type of coverage needed. When you're finished, select CONTINUE." To the right of the form, there is a progress indicator with three steps: "Plan Selection" (selected with a blue circle), "Review" (unselected with a white circle), and "Complete" (unselected with a white circle). The main section of the form is titled "Who Needs Coverage?" and contains two rows, each with a checked checkbox and a name/age: "Emma Cruz (Age : 52 years)" and "Mark Cruz (Age : 50 years)". Below this is the "Benefit Type" section, which has two radio button options: "Health" (unselected) and "Dental" (selected). A red arrow points to the "Dental" radio button. At the bottom of the form, there is a red button labeled "SHOP FOR NEW PLAN" and a blue button labeled "Back to my account".



**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 shows the 'Choose Plan' interface. At the top, it says 'Choose Plan' and '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'.

COVERAGE FOR: Emma Cruz (employee) + 1 dependent(s) PLANS: 9

Find Your Doctor

Sort By: Plan Name, Premium Amount, Deductible, Carrier

Filter Results

**Metal Level**

- Bronze
- Silver
- Gold
- Platinum
- Catastrophic

**Plan Type**

- HMO
- PPO
- POS

**Network**

- Nationwide
- DC-Metro

Carrier

Plan Name	Premium	Type	Level	Network	Deductible
<b>DOMINION<sup>®</sup> DENTAL SERVICES, Inc.</b> Select Plan Premium	\$11.49 /Month	HMO	High	DC-Metro	Not Applicable
<b>Delta Dental</b> Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses	\$13.35 /Month	PPO	Low	Nationwide	\$80
<b>Delta Dental</b> DeltaCare USA Basic Plan for Families for Small Businesses	\$16.45 /Month	HMO	Low	DC-Metro	Not Applicable

**NOTA:** Puede filtrar resultados utilizando “Filter Results” en la parte izquierda para cambiar los planes 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”.

The close-up shows the 'Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses' card. It includes the plan name, premium of \$13.35 /Month, and details: TYPE: PPO, LEVEL: Low, NETWORK: Nationwide, DEDUCTIBLE: \$80. At the bottom, there are buttons for 'Compare', 'Plan Summary', 'Details', and 'Select Plan'. A red arrow points to the 'Select Plan' button.

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

### Confirm Your Plan Selection

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

66% Complete

- Plan Selection
- Review
- Complete

PREVIOUS

Waive Coverage

**CONFIRM**

**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

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

100% Complete

- Plan Selection
- Review
- Complete

**CONTINUE**

Print

**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”.

### 2016 DENTAL COVERAGE • CHLOE'S FLOWER SHOP

**DELTA DENTAL** Coverage Selected

Delta Dental PPO Basic Plan for Families for Small Businesses

PPO • LOW • PREMIUM: \$13.35/month  
NATIONWIDE NETWORK  
EFFECTIVE DATE: 06/01/2016 PLAN SELECTED: 04/01/2016 (11:56AM)  
DC HEALTH LINK ID: 448928  
COVERED: Emma • Mark

Plan Summary

Carrier Contact Info

**Make Changes**

**VIEW DETAILS**

## Renuncia a la cobertura

¿Por qué debería renunciar a la cobertura? La primera vez que es elegible para recibir cobertura de seguro médico de su empleador, usted deberá inscribirse en un plan médico o, si ya tiene otra cobertura, completar una renuncia de inscripción.

**Renuncia a la cobertura- Paso 1:** Para renunciar a la cobertura de seguro médico financiada por el empleador, haga clic en el botón “Waive Coverage” en la parte derecha de la pantalla.

The screenshot shows a 'Choose Plan' interface. On the left, there's a 'Filter Results' section with a 'Metal Level' dropdown set to 'Bronze'. The main area displays a plan: 'CareFirst BlueChoice HMO HSA/HRA Bronze 5000' with a premium of '\$88.87 /Month' and a deductible of '\$5,000'. A red arrow points to the 'Waive Coverage' button in the bottom right corner. The progress bar on the right indicates '60% Complete' and shows steps: Personal Info, Employer, Contact Info, Household, Plan Selection (current), Review, and Complete. Other buttons include 'CONTINUE', 'PREVIOUS', and 'SAVE & EXIT'.

**NOTA:** Renunciar a la cobertura a través de DC Health Link mantiene su derecho a un período de inscripción especial en caso de que usted experimente un evento de vida calificado posteriormente durante el año.

**Renuncia a la cobertura- Paso 2:** Haga clic en “Select Waive Reason” y elija el motivo por el cual renuncia a la cobertura financiada por el empleador.

The screenshot shows a 'Select Waive Reason' dialog box. The title bar says 'Select Waive Reason'. Below the title, it says 'Please select waive reason'. A dropdown menu is open, showing three options: 'I have coverage through spouse's employer health plan', 'I have coverage through parent's employer health plan', and 'I have coverage through any other employer health plan'.

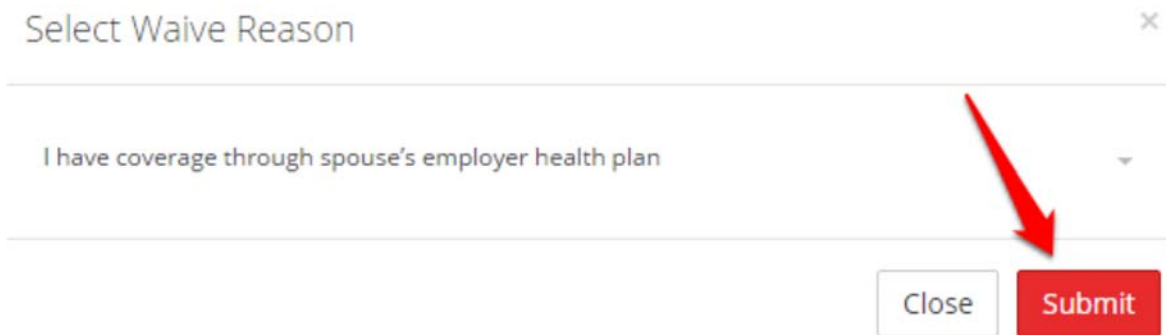
**Renuncia a la cobertura- Paso 2:** Una vez que seleccione el motivo, haga clic en el botón rojo "SUBMIT".

Select Waive Reason ×

---

I have coverage through spouse's employer health plan ▾

---



**Renuncia a la cobertura- Paso 3:** ¡Felicitaciones! Usted ha renunciado de manera exitosa a la cobertura financiada por el empleador. Para navegar a su página "My Account", haga clic en el botón rojo "CONTINUE".

**NOTA:** Si decide que desea buscar planes ofrecidos por su empleador durante el período de inscripción abierta, puede hacer clic en el botón "Shop for Plans" que aparece en el centro de la pantalla. Para seleccionar cobertura debido a un evento de vida calificado (QLE, por sus siglas en inglés), consulte nuestra guía de asistencia al empleado que experimenta un QLE.