



SAFETY ★ QUALITY ★ SERVICE



2022 Guia de Beneficios

BIENVENIDO

COMANCO se complace en presentar nuestro programa de beneficios para empleados, diseñado específicamente para beneficiarlo a usted, a partir del 1 de Marzo de 2022.

COMANCO se esfuerza por proporcionar a sus empleados un completo y valioso programa de beneficios que ofrece la flexibilidad de personalizar los beneficios para satisfacer sus necesidades tanto ahora como en el futuro. Seguimos haciendo todo lo posible para ofrecer los mejores planes de beneficios de calidad para nuestro personal y sus familias.

Estamos orgullosos de anunciar que sus tarifas médicas seguirán siendo las mismas, sin aumento. También continuaremos ofreciendo nuestro plan médico con la compañía médica actual, United Healthcare. Le ofreceremos el plan médico de UHC Choice sin cambios en el plan. Los detalles se pueden encontrar en la página 6.

Guardian seguirá siendo el portador dental. Superior Vision seguirá siendo el portador de visión. Los detalles se pueden encontrar en las páginas 10-11.

Mutual de Omaha continuará siendo el portador de vida básica/AD&D, vida voluntaria/AD&D, Incapacidad a corto plazo, y la cobertura de accidente voluntario. Los detalles se pueden encontrar en las páginas 12-16.



Tabla de Contenidos

Inscribirse en sus Beneficios **4**

Crédito de Bienestar **5**

Médico **6**

Visitas Virtuales **7**

UHC Aplicación Móvil **8**

Beneficios de Farmacia **9**

Dental **10**

Visión **11**

Vida Basica/AD&D **12**

Vida Voluntaria/AD&D **13**

Incapacidad a Corto Plazo **14**

Accidente Voluntario **15**

Enfermedad Critica Voluntario **16**

Programa de Asistencia al Empleado **17**

401(k) **18**

BenefitsVIP **19**

divulgaciones **20**

RESUMEN DE BENEFICIOS

A continuación se ofrece una breve descripción de cada beneficio ofrecido a los empleados de **COMANCO** para el año del plan **1 de Marzo, 2022- 28 de Febrero de 2023**.

Médico

Nuestra cobertura médica se ofrece a través de **UnitedHealthcare**.

Dental

Nuestra cobertura dental se ofrece a través de **Guardian**.

Visión

Nuestra cobertura de visión se ofrece a través de **Superior Vision**.

Seguro de Vida Basica

Proporcionamos cobertura de seguro de vida y de Muerte accidental y Desmembramiento a todos los empleados de tiempo completo y elegible para beneficios en la cantidad de \$15.000. Esta cobertura está proporcionada por **COMANCO** a través de **Mutual of Omaha**.

Seguro de Vida Voluntaria

Usted tendrá la oportunidad de comprar la cobertura de vida voluntaria para usted y sus dependientes. La cobertura se ofrece a través de **Mutual of Omaha**.

Incapacidad a Corto Plazo

Incapacidad a Corto Plazo esta proporcionado por **COMANCO** a través de **Mutual of Omaha**. También tiene una opción de compra de discapacidad a corto plazo que le permite comprar un beneficio mayor.

401(k)

COMANCO automáticamente lo inscribe en el **VOYA 401(k)** plan de jubilación y proporciona fondos coincidentes.

Programa de Asistencia al Empleado

El Programa de Asistencia al Empleado está disponible a través de **UnitedHealthcare**.

Enfermedad Critica Voluntaria y Accidente Voluntario

Los beneficios suplementarios voluntarios están disponibles para su compra a través **Mutual of Omaha**.

Le animamos a que se tome el tiempo para revisar los planes de beneficios descritos en esta guía y para elegir las mejores opciones para usted y su familia.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los beneficios anteriores o el proceso de inscripción, por favor comuníquese con su equipo de BenefitsVIP al **866.293.9736** o por correo electrónico a **solutions@benefitsvip.com**.

Lunes—Viernes, 8:30am—8:00pm (EST).

INSCRIBIRSE EN SUS BENEFICIOS

COMANCO utiliza una web en línea para la administración de beneficios. Antes de inscribirse, es importante que revise toda la información de beneficios para determinar qué planes se adaptan mejor a las necesidades de usted y su familia.

Si usted decide cubrir a sus dependientes en cualquier plan de beneficios, usted tendrá que incluir su información. También se le pedirá que incluya un beneficiario y su información. [Necesitará el número de seguro social y la fecha de nacimiento de todos los beneficiarios y dependientes con el fin de introducirlos en el sistema para proceder a través del proceso de inscripción.](#) Por favor, asegúrese de obtener esta información antes de comenzar el proceso. Si usted no tiene la información, el sistema no le permitirá realizar ninguna elección.

INICIAR SESIÓN PARA INSCRIBIRSE

Una vez decida qué beneficios le gustaría elegir, y haya reunido toda la información de beneficiario y dependientes, está listo para inscribirse.

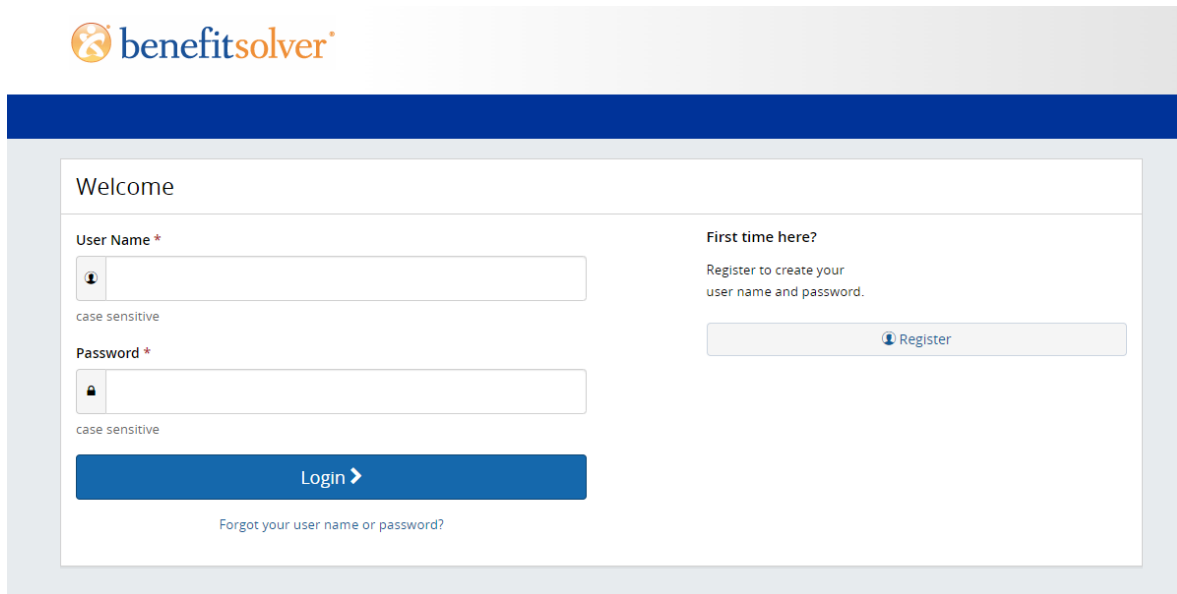
Opción 1: Inicie sesión en el web de inscripción en www.benefitsolver.com

- Si usted es un usuario por primera vez, haga clic en "registrarse" para configurar su nombre de usuario, contraseña y preguntas de seguridad.

- Nuestra "clave de empresa" es **benefits** (distingue entre mayúsculas y minúsculas).

Opción 2: Llame al **1-877-936-3774**

BenefitsVIP contesta todas las preguntas relacionadas con la inscripción abierta y de beneficios. Para preguntas sobre beneficios después de la inscripción abierta por favor contacte BenefitsVIP. Información adicional en la página 19.



The screenshot shows the 'benefitsolver' website interface. At the top is the logo. Below it is a blue header bar. The main content area is white and contains a 'Welcome' section. On the left, there are two input fields: 'User Name *' and 'Password *', both with 'case sensitive' labels below them. A blue 'Login >' button is positioned below the password field. To the right of the login fields, there is a 'First time here?' section with the text 'Register to create your user name and password.' and a 'Register' button. At the bottom of the login section, there is a link that says 'Forgot your user name or password?'.

OLVIDASTE TU CONTRASEÑA?

1. Vaya a www.benefitsolver.com y haga clic en el enlace "Olvidé su contraseña".
2. Introduzca su número de seguro social, la clave de la empresa y la fecha de nacimiento.
3. Contesta su frase de seguridad.
4. Ingresa y confirma su nueva contraseña, luego haz clic en "Continuar" para volver a la página de inicio.

www.benefitsolver.com o llama **1-877-936-3774**

CRÉDITO DE BIENESTAR

Empleados de **COMANCO** que participan en nuestro plan médico necesitan completar su examen físico anual si quieren mantener su descuento de bienestar para su seguro médico en 2022.

Físico Anual:

Si su cónyuge está en nuestro plan médico, también necesitamos su forma físico anual 2022 completado para mantener su descuento de bienestar. Muchos de nuestros empleados en **COMANCO** que participan en nuestro plan médico todavía necesitan completar su examen físico. Comuníquese con recursos humanos para verificar si tenemos su formulario físico completado en el archivo. *Niños en el plan no están requeridos a tomar un físico anual.*

Recordar: Solamente requerimos una forma física anual completada. Por favor no nos envíe ningún resultado!

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar una clínica o un médico:

1. Llama United Healthcare al 1-866-844-4864
2. Visita www.myuhc.com o
3. Inicie sesión en **UnitedHealthcare® App** en su teléfono móvil, Más detalles en la página 8.

FAQ's

Tuve mi último examen físico en Diciembre 2021. Si tomo mi próximo físico antes de Diciembre 2022 ¿Se me cobrará por mi físico 2022, ya que no ha sido un año entero entre los dos exámenes físicos?

- No. Usted es elegible para **UN** Físico de Bien Estar Anual por año calendario bajo el plan cuidado preventivo. Por lo tanto, no hay ningún cargo si usted va a una oficina de médico primario **dentro de la red** para completar su físico.

-

Necesitare un análisis de sangre?

- Si. Usted revisará los resultados con su médico. Completar este análisis es cuidado de salud preventivo y es la razón por la cual usted mantiene su elegibilidad para el descuento de bien estar al año siguiente.

BENEFICIO MEDICO



UnitedHealthcare®

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU PLAN

Es importante tener en cuenta que el UnitedHealthcare Choice plan medico solo ofrece beneficios DENTRO DE LA RED

Usted **DEBE** verificar que su proveedor participe en la red de United **antes** de su visita, o no tendrá cobertura.

Busqueda de proveedores:

Puede buscar proveedores dentro de la red accediendo al web www.myuhc.com

- ◆ Haga clic en "Encontrar un proveedor"
- ◆ Seleccione un Directorio
- ◆ Haga clic en "Planes de empleador e individuales"
- ◆ Haga clic en "Choice"
- ◆ Introduzca su ubicación y otros criterios de búsqueda

Una vez que este inscrito en el plan asegurese de registrarse en www.myuhc.com para que pueda recibir información de beneficios personalizada.

La red de farmacias está cambiando a la amplia red nacional de UHC.

Tanto Walgreens como CVS ahora son farmacias dentro de la red.

Siempre se recomienda que se comunique con UHC para verificar que su farmacia local esté dentro de la red.

UHC CHOICE PLAN

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	
Deducible Anual por Año Calendario (Del 1 de enero al 31 de diciembre)	Individual: \$1,500 Familia: \$3,000	
Maximo de Su Bolsillo por Año Calendario (Del 1 de enero al 31 de diciembre)	Individual: \$5,000 Familia: \$10,000	
Cuidado Preventivo Cuidado Preventivo para Adultos, Examen fisico Annual, y Cuidado Bien Estar de niño	100%	
Atención Ambulatoria Visitas al consultorio del medico de atencion primaria Visitas a oficinas especializadas Visitas Virtuales Cirugia de instalaciones ambulatorias	\$35 Copago \$50 Copago \$0 Copago Deducible, despues 20%	
Laboratorio ambulatorio y radiografia Visita inicial, y todas las visitas posteriores	Deducible, despues 20%	
Hospitalización Hospitalización	Deducible, despues 20%	
Atención de Emergencia Ambulancia cuando sea medicamento necesario En la sala de emergencias del hospital Centro de atención urgente	Deducible, despues 20% \$350 Copago \$50 Copago	
Cuidado de Maternidad Atención prenatal y postnatal Servicios hospitalarios para la madre y el niño	\$35 Copago Deducible, despues 20%	
Salud Mental Hospitalización Paciente Externo	Deducible, despues 20% \$35 Copago	
Medicamentos Recetados Farmacia Minorista (Suministro de 31 días) Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Nivel 4	\$10 / \$35 / \$75 Copago \$250 Deducible , despues \$125 Copago	
Pedido por correo (Suministro de 90 días) Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Nivel 4	\$25 / \$87.50 / \$187.50 \$250 Deducible , despues \$312.50 Copago	
	Costo con Credito de Bienestar	Costo sin Credito de Bienestar
Contribuciones Semanales		
Solo Empleado	\$20.00	\$54.57
Empleado+Conyuge	\$90.00	\$162.59
Empleado + Niños	\$84.92	\$145.49
Empleado+ Familia	\$165.00	\$270.43

VISITAS VIRTUALES

Con Visitas Virtuales, es fácil consultar con un doctor por video 24/7 - en cualquier momento y lugar.

Si se encuentra en el trabajo, en casa, viajando —una Visita Virtual permite que hable con un doctor por video 24/7. Cuando está enfermo y necesita cuidado rápido, las visitas virtuales son una forma conveniente de comenzar a sentirse mejor de manera rápida.

En una visita virtual puede ver y hablar con un médico a través de su dispositivo móvil o computadora las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y no es necesario tener cita previa. El médico puede darle un diagnóstico y una receta*, de ser necesario. Y con un plan de UnitedHealthcare, tiene un costo de \$0 o menos.

Para iniciar las visitas virtuales, visite uhc.com/virtualvisits.

En adición a todos los grandes logros que puede hacer en myuhc.com® o en la aplicación UnitedHealthcare®, usted ahora puede hablar con un doctor también. No hay cuentas adicionales que tiene que hacer o aplicaciones para descargar.

Reciba atención en 20 minutos o menos.

Utilice las visitas virtuales para estas necesidades médicas menores:

- Infección de vejiga/infección urinaria
- Bronquitis
- Resfriado o gripe
- Fiebre
- Conjuntivitis
- Sarpullido
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Dolor de estómago



Las visitas virtuales pueden ahorrar tiempo y dinero.

Un cálculo aproximado del 25% de las visitas a la sala de emergencias podrían tratarse con visitas virtuales, lo que reduce un posible costo de \$1,700 a \$0**

Prepárese para su visita virtual.

Tenga estos tres elementos listos para registrarse y completar su visita virtual:

- Tarjeta de ID del plan de salud
- Tarjeta de crédito
- Ubicación de la farmacia

Hay asesores disponibles en español, el sitio web está disponible en inglés. * Es posible que los servicios de medicamentos con receta no estén disponibles en todos los estados. ** Basado en un análisis del volumen de reclamos de la sala de emergencias de UnitedHealthcare del año 2016 que indica que las visitas a la sala de emergencia que no son graves podrían tratarse en visitas virtuales, por proveedores de cuidados primarios, o en entornos de atención urgente. Las visitas virtuales no son un producto de seguro, un proveedor de cuidado de la salud ni un plan de salud. A menos que se requiera lo contrario, los beneficios están disponibles solamente cuando los servicios se prestan a través de un proveedor de la red virtual designado. Las visitas virtuales no tienen la intención de tratar condiciones de salud de emergencia o potencialmente mortales, y no deberían usarse en esas circunstancias. Es posible que los servicios no estén disponibles en todo momento o en todos los lugares. * La tarifa reducida de la visita virtual al proveedor designado está sujeta a cambios en cualquier momento. La cobertura de seguro es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company o sus afiliadas. Los servicios administrativos son proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas. Cobertura del plan de salud proporcionada por o a través de una compañía de ® UnitedHealthcare.

UnitedHealthcare Aplicación Móvil

Obtenga acceso a su plan de salud en marcha.

La aplicación UnitedHealthcare pone su plan al alcance de su mano.



La app lo tiene cubierto.

Cuando se encuentra de paseo o haciendo diligencias, puede hacer de todo, desde administrar su plan hasta recibir atención conveniente. Sólo tiene que descargar la aplicación para:

- Encontrar opciones de atención cercanas en su red.
- Estimados de costos.
- Video chat con un médico 24/7.
- Ver y compartir su tarjeta de identificación de plan de salud.
- Vea los detalles de su reclamo y vea el progreso hacia su deducible.

La aplicación UnitedHealthcare está disponible para su descarga iPhone® o Android™



BENEFICIOS DE FARMACIA

APRENDA SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Cual es la diferencia entre el nombre de marca y los medicamentos genericos?

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero a menudo cuestan menos. Una vez que la patente de un medicamento marca-nombrada termina, la FDA puede aprobar una versión genérica con los mismos ingredientes activos. Los medicamentos genéricos deben cumplir con los estrictos estándares de calidad, fuerza y pureza como la de los medicamentos de marca FDA. A veces la misma compañía que hace un medicamento de marca también hace una versión genérica.

Que pasa si mi médico me prescribe una receta de marca?

La próxima vez que su médico le dé una receta para un medicamento de marca, pregunte si está disponible en una opción genérica equivalente o de bajo costo y si puede ser adecuado para usted. Los medicamentos genéricos suelen ser la opción de menor costo, pero no siempre.

Que es una lista de medicamentos recetados o PDL?

Una lista de medicamentos recetados, o PDL, es una lista que coloca medicamentos comúnmente prescritos para ciertas condiciones en "niveles". Esta lista incluye medicamentos recetados de marca y genéricos aprobados por la FDA.

Cuales son los niveles y que significan?

Los medicamentos recetados se colocan en niveles y cada nivel se asigna a un costo. Utilizar medicamentos de niveles bajos ayuda a que usted pague menos de su bolsillo. El nivel 1 suele ser la opción de nivel de costo más bajo. En la tabla a continuación, el valor del medicamento indica su efecto, seguridad, costo y disponibilidad de medicamentos alternos para tratar la misma condición o condiciones similares.

Nivel De Medicamentos	Lo Que Significa	Costo
Nivel 1 (\$)	Medicamentos que proporcionan el valor general más alto. Principalmente medicamentos genéricos. Algunos medicamentos de marca también pueden incluirse	Usar medicamentos de nivel 1 para los costos de bolsillo más bajos.
Nivel 2 & Nivel 3 (\$\$)	Medicamentos que proporcionan un buen valor general. Una mezcla de medicamentos de marca y medicamentos genéricos.	Usar medicamentos de nivel 2 o 3, en lugar de Nivel 4, para ayudar a reducir los costos de su bolsillo.
Nivel 4 (\$\$\$)	Medicamentos que proporcionan el valor general más bajo. Principalmente medicamentos de marca, también algunos genericos.	Muchos medicamentos de nivel 4 tienen opciones de menor costo en el nivel 1, 2, or 3. Pregúntale al médico si podrían trabajar para ti.

SERVICIOS PARA AYUDARLE A AHORRAR

Servicios de pedido por correo: Para los medicamentos que tomas con regularidad, elegir la entrega a domicilio puede ahorrar dinero. Optar por una receta de tres meses pedido por correo le cuesta menos que rellenar su receta mensualmente con una farmacia minorista.

Medicamentos Especiales: Los medicamentos especializados son de alto costo y se pueden usar para tratar condiciones raras o complejas, y se administran a través del programa de farmacia especializada. Si está tomando un medicamento especial, visite www.myuhc.com para obtener ayuda y apoyo personalizado para encontrar opciones de menor costo.

Herramienta de precios de medicamentos: con myuhc.com puede buscar y comparar los costos de los medicamentos recetados y ver los costos según su plan específico. También puede encontrar medicamentos alternativos de menor costo.

BENEFICIO DENTAL



NECESITA AYUDA PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED?

Siga los pasos a continuación para localizar a un proveedor dental participante:

PASO 1: Ve a www.guardiananytime.com

PASO 2: En "Conéctese con nosotros", seleccione "Buscar un proveedor"

PASO 3: Seleccione el plan "PPO" e ingrese su ubicación y criterios de búsqueda

Si tiene alguna pregunta adicional, por favor llame a servicios para miembros de Guardian a **800.541.7846**

COBERTURA DENTAL

El plan dental de Guardian está diseñado para permitirle buscar atención del dentista de su elección. Por favor recuerde, usted incurrirá en gastos de su bolsillo más bajos si utiliza proveedores dentro de la red debido a las tarifas de descuento negociadas.

Si opta por utilizar un proveedor fuera de la red, su reembolso se basará en "usual y consuetudinario" (U&C) en el percentil 90. Esto significa que usted será responsable de su coseguro Y de cualquier cargo mayor del 90% de la tasa de U&C por cada servicio prestado.

DENTALGUARD PREFERRED

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Anual por Año Calendario (Del 1 de enero al 31 de diciembre)		Individual: \$50 Familia: \$150
Máximo de Beneficios Anuales por Año Calendario (Del 1 de enero al 31 de diciembre)		\$1,500
Servicios diagnosticos y preventivos Procedimientos preventivos que incluyen, pero no se limitan a: Exámenes orales periódicos, Rayos X, Frecuencia Limpieza rutinaria y limitaciones pueden aplicarse	100% No Deducible	100% of U&C No Deducible
Servicios Basicos Procedimientos que incluyen, pero no se limitan a: Rellenos; Extracciones; Cirugía bucal; Endodoncia Periodoncia Cirugía periodontal; Anestesia; Consultas	90% despues Deducible	80% of U&C despues Deducible
Servicios Principales Procedimientos que incluyen, pero no se limitan a: Puente y dentaduras postizas; Coronas, inlays, onlays	60% despues Deducible	50% of U&C despues Deducible
Contribuciones Semanas		
Solo Empleado	\$2.40	
Empleado+ Conyuge	\$8.10	
Empleado + Niños	\$6.80	
Empleado+ Familia	\$14.20	

BENEFICIOS DE VISION

COBERTURA DE VISION

Cuidar adecuadamente su vista es de suma importancia. Como parte de mantenerse al día con el mantenimiento de su salud general, los exámenes oculares rutinarios deben programarse regularmente. Sin cobertura, un examen y espejuelos graduados pueden costar \$300 o más.

Con la cobertura Superior Vision el mismo examen y espejuelos graduados sólo podría costar \$25—usted ahorrará!



SUPERIOR VISION

See yourself healthy.

NECESITA AYUDA PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED?

Siga los pasos a continuación para localizar a un proveedor que participe con Superior Vision:

Paso 1: Ve a

www.superiorvision.com

Paso 2: Haga clic en

"Buscar un profesional de la vista" en la parte superior izquierda de la pantalla de inicio

Paso 3: Elija su ubicación

Paso 4: Elija su tipo de cobertura "a través de su empleador"

Paso 5: Seleccione Superior National como la red

Si tiene preguntas adicionales, llame a Benefits VIP al **866.293.9736**

SUPERIOR NACIONAL RED PLAN

BENEFICIO	EN LA RED	FUERO DE LA RED
Examen Ocular	\$10 copago	\$10 copago y reembolsado hasta \$33
Materiales (Marcos y Lentes)	\$15 copago	\$15 copago
Frecuencia		
Examen	12 meses	12 meses
Lentes	24 meses	24 meses
Marcos	12 meses	12 meses
Lentes de Contactos	12 meses	12 meses
Marcos	\$150 Asignación al por menor	Reembolsado hasta \$70
Lentes		Reembolsado hasta:
Lentes de visión única	Cubierto en su Totalidad	\$28
Lentes de visión Bifocal	Cubierto en su Totalidad	\$40
Lentes de visión trifocales	Cubierto en su Totalidad	\$53
Lentes lenticulares de la visión	Cubierto en su Totalidad	\$84
Lentes Policarbonatos—niños a edad 19	Cubierto en su Totalidad	No cubierto
Lentes fotocromáticas		
Medicamento Necesario	Cubierto en su Totalidad	Reembolsado hasta \$210
Lentes de contacto electivas (En lugar de lentes y marcos)	\$135 asignación al por menor	Reembolsado hasta \$100
Contribuciones Semanales		
Solo Empleado	\$1.56	
Empleado + Conyuge	\$3.12	
Empleado + Niños	\$3.31	
Empleado + Familia	\$5.21	

VIDA BASICA/AD&D



SERVICIOS DE VALOR AGREGADOS:

Asistencia de Viaje: Este programa es un beneficio adicional que proporciona asistencia para sus viajes de más de 100 millas de distancia de casa o fuera del país.

Preparación de Testamento: Mutual of Omaha se asocia con Willing® para ofrecer a los empleados una herramienta de preparación de testamento en línea. En tan solo unos clics puede completar un plan personalizado para proteger a su familia y propiedad.

Para empezar visita www.willprepservices.com

Programa de descuentos auditivos: Este programa le proporciona a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluyendo audífonos y baterías.

Llama **888-534-1747** o visita www.amplifonusa.com/mutualofomaha

POLIZA DE VIDA PAGADA POR EL EMPLEADOR Y AD&D

COMANCO proporciona a todos los empleados elegibles de tiempo completo el beneficio de cobertura de vida básica/AD&D a través de Mutual of Omaha.

Monto de Cobertura: \$15,000

- ♦ **Reducción de Edad:** Los beneficios de vida básica/AD&D se reducen a 65% a la edad de 70, y al 45% a la edad de 75.
- ♦ **Beneficio por muerte acelerada:** 75% de \$15,000, no exceder \$11,250. Si le diagnostican una enfermedad terminal, y su expectativa de vida es de menos de 12 meses usted puede recibir una porción de su beneficio de vida. El saldo restante será pagado a sus beneficiarios cuando fallezca.

Asegurese de actualizar su información de beneficiario !

Un beneficiario es la persona o entidad que usted nombra en una póliza de seguro de vida para recibir el beneficio de muerte.

Puede nombrar:

- ♦ Una persona
- ♦ Dos o mas personas
- ♦ El fideicomisario de un fideicomiso que ha configurado
- ♦ Su patrimonio

Si no nombra a un beneficiario, el beneficio por fallecimiento será pagado a su patrimonio.

Dos "niveles" de beneficiarios:

Su póliza de seguro de vida debe tener beneficiarios "primarios" y "contingentes". El beneficiario principal recibe el beneficio de muerte al momento de su fallecimiento, si se encuentra. Los beneficiarios contingentes reciben el beneficio de muerte si no se puede encontrar al beneficiario principal. Si no se pueden encontrar beneficiarios primarios o contingentes, el beneficio por fallecimiento se pagará a su patrimonio.

Como parte de nombrar los beneficiarios, debe identificarlos lo más claramente posible e incluir sus números de seguro social. Esto hará que sea más fácil para la compañía de seguros de vida encontrarlos y hará que sea menos probable que surjan disputas con respecto a los beneficios de muerte.

VIDA VOLUNTARIA/AD&D

VIDA VOLUNTARIA/AD&D

Además del seguro de vida básica/AD&D, los empleados tienen la opción de elegir la cobertura voluntaria a través de la Mutual de Omaha.



PAUTAS DE COBERTURA			
	Minimo	Garantia Cantidad	Maximo
Para Ti	\$10,000	7 veces Salario Anual, hasta \$100,000	7 veces Salario Anual, hasta \$500,000
Conyuge	\$5,000	100% beneficio de los empleados, hasta \$30,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$100,000
Niños	\$10,000	\$10,000	10,000

Si usted es **recién elegible**, puede elegir 7 veces su salario anual hasta \$100,000 para usted y el 100% de su monto elegido hasta \$30,000 para su cónyuge sin suscripción médica. Cualquier elección sobre estas cantidades requerirá un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) para ser completado.

En La Inscripción Anual:

Si anteriormente renunció a esta cobertura y ahora desea inscribirse, usted y/o su cónyuge, debe completar un formulario de evidencia de asegurabilidad.

Si actualmente está inscrito y su monto de cobertura es menor que el límite de emisión de garantía, puede aumentar su monto en uno \$10,000 sin completar una EOI. Cualquier solicitud de aumento sobre el límite de emisión de garantía va a requerir que complete una EOI. Cualquier aumento para la póliza de su conyuge va a requerir una EOI.

Cosas que Recordar:

- ♦ La tarifa de su conyuge se basa en la edad de usted
- ♦ Usted paga sólo una deducción de nómina para la cobertura de niños, no importa cuántos niños están cubiertos
- ♦ Los beneficios reducen a 65% a la edad de 70, y al 45% a la edad de 75
- ♦ La cobertura está disponible para niños de 14 días a 26 años
- ♦ Usted debe inscribirse en la cobertura con el fin de elegir la cobertura para sus dependientes
- ♦ La cobertura del cónyuge finaliza cuando el empleado alcanza la edad de 70
- ♦ Las deducciones de nómina pueden variar debido al redondeo

TABLA DE TARIFA SEMANAL VIDA VOLUNTARIA/AD&D

<30	\$0.022
30-34	\$0.027
35-39	\$0.029
40-44	\$0.039
45-49	\$0.057
50-54	\$0.087
55-59	\$0.131
60-64	\$0.195
65-69	\$0.309
70+	\$0.576

COMO CALCULAR SU DEDUCIBLE DE VIDA/AD&D SUPLEMENTARIO

Ejemplo: Un empleado que tiene 47 años de edad eligió \$100,000 en la cobertura

$$\$100,000 / 1,000 = 100$$

$$100 \times 0.057 \text{ (ver tabla de tarifas)} = \$5.70 \text{ costo por semana}$$

$$\$5.70 \times 52 = \$296.40 \text{ costo por año}$$

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO



INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

COMANCO proporciona a todos los empleados elegibles de beneficios con cobertura de incapacidad a corto plazo, sin costo para usted. Esta cobertura está diseñada para reemplazar una parte de sus ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo. Un breve resumen del plan se describe en la siguiente tabla. Por favor, consulte su Resumen de Mutual of Omaha para obtener más detalles, incluyendo limitaciones y exclusiones.

NOTA: Residentes de CA, NY, NJ y RI tienen tarifas exigidas por el estado.

Incapacidad a Corto Plazo	
Beneficio de Ingresos	40% de sus ingresos semanales hasta un máximo de \$250
Periodo de Eliminación	Los beneficios comienzan el octavo día de un accidente o enfermedad no relacionada con el trabajo
Duración de los Beneficios	Usted puede recibir beneficios por hasta 13 semanas si continúa siendo incapacitado y no puede trabajar

OPCION DE COMPRA

Usted puede comprar mayor cobertura de incapacidad a corto plazo a través de Mutual de Omaha:

Incapacidad a Corto Plazo Opcion de Compra	
Beneficio de Ingresos	60% de sus ingresos semanales hasta un máximo de \$1.000
Periodo de Eliminación	Los beneficios comienzan el octavo día de un accidente o enfermedad no relacionada con el trabajo
Duración de los Beneficios	Usted puede recibir beneficios por hasta 13 semanas si continúa siendo incapacitado y no puede trabajar
Exclusión de condición preexistente	La condición preexistente bajo este plan es 3/12 que significa cualquier condición que usted reciba la atención médica en los 3 meses antes de su fecha de vigencia de la cobertura que resulte en una incapacidad durante los primeros 12 meses de cobertura, no sería cubierto.
Tarifa	\$0.17 por \$10 de beneficios semanales
Evidencia de Asegurabilidad (EOI)	Si no escogió esta cobertura cuando era elegible inicialmente, tendrá que completar y enviar un formulario EOI a Mutual Omaha. Empleados nuevos eligiendo la cubierta tan pronto son elegibles no tienen que completar el formulario EOI.

COMO CALCULAR SU INCAPACIDAD DE COMPRA A CORTO PLAZO:

El empleado gana \$500 por semana

$\$500 \times 60\% = \300 beneficio semanal

$\$300 / \10 (de beneficio semanal) = \$30

$\$30 \times \$0.17 = \$5.10$ mensual o \$1.18 por cheque de pago
(52 periodos de pago)

ACCIDENTE VOLUNTARIO

ACCIDENTE VOLUNTARIO

COMANCO ofrece la opción de comprar cobertura de accidentes a través de Mutual of Omaha a todos los empleados elegibles a tiempo completo. Este seguro ofrece protección financiera pagando un beneficio en efectivo si usted o su dependiente asegurado son heridos como resultado de un accidente cubierto. A menos que se indique lo contrario, el monto del beneficio a pagar es el mismo para usted y sus dependientes asegurados. Un breve resumen del plan se describe en la siguiente tabla.



Información del Plan	Información/Montos
Tipo de Cobertura	Cobertura no ocupacional (solo fuera del trabajo)
Beneficio Expreso	\$150
Portabilidad	Incluido
Beneficios	Montos
Cuidado inicial y emergencia - La mayoría del tratamiento/servicio requerido dentro de 72 horas de accidente; Una vez por accidente por persona asegurada	
Sala de Emergencias	\$250
Centro de Atención Urgente	\$175
Consulta inicial del consultorio médico	\$150
Ambulancia	Hasta \$1,500
Lesiones específicas	
Fracturas (Quirurgico / No Quirurgico)	Hasta \$6,000/Hasta \$3,000
Dislocaciones (Quirurgico / No Quirurgico)	Hasta \$9,000/Hasta \$4,500
Laceraciones	Hasta \$800
Quemaduras	Hasta \$15,000
Dental	Hasta \$300
Hospital, Quirurgico & Diagnostico	
Admisión	\$2,000
Confinamiento diario (Hasta 365 días por accidente)	\$500 por día
Confinamiento en ICU (Hasta 15 días por accidente)	\$1,000 por día
Atención de Seguimiento—Tratamiento/ Servicio requeridos dentro de 365 días del accidente	
Visita de seguimiento médico	\$75; Hasta 6 por accidente
Servicios de terapia	\$50; Hasta 6 por accidente

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE LA PRIMA
--------------------	-------------------

Empleado	\$2.77 (\$0.39 cada día)
----------	-----------------------------

Empleado + Cónyuge	\$3.92 (\$0.56 cada día)
--------------------	-----------------------------

Empleado + Niños	\$5.54 (\$0.79 cada día)
------------------	-----------------------------

Empleado + Familia	\$7.15 (\$1.02 cada día)
--------------------	-----------------------------

ENFERMEDAD CRITICA VOLUNTARIO



ENFERMEDAD CRITICA VOLUNTARIO EMPLEADO O CONYUGE TARIFAS SEMANALES

Edad	\$10,000	\$20,000
0-29	\$.92	\$1.85
30-39	\$1.85	\$3.69
40-49	\$4.62	\$9.23
50-59	\$8.08	\$16.15
60-69	\$16.15	\$32.31
70+	\$32.31	\$64.62

ENFERMEDAD CRITICA VOLUNTARIO

COMANCO ofrece la opción de comprar cobertura de enfermedades críticas a través de Mutual of Omaha a todos los empleados elegibles a tiempo completo. Este seguro ofrece protección financiera pagando un beneficio en efectivo si usted o su dependiente asegurado son diagnosticados con una enfermedad cubierta. La siguiente tabla es un breve resumen de los beneficios. Por favor, consulte el contrato de Mutual of Omaha para obtener más detalles.

Categoría de Beneficios	Condicion	Pocentage de la CI Suma Principal
Corazon/ Circulatorio	Ataque Cardíaco, Transplante de Corazón, Derrame Cerebral	100%
	Cirugía de la Válvula Cardíaca, Derivación de arterias coronarias, Cirugía Aortica	25%
Órgano	Transplante de órganos Principales/Colocación en la lista UNOS, Insuficiencia renal en etapa terminal	100%
	Síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS)	25%
Cáncer	Cáncer (Invasiva)	100%
	Trasplante de médula ósea	50%
	Carcinoma en Situ, Tumor cerebral benigno	25%

Pautas de Cobertura

	Minimo	Cantidad Garantizada	Maximo
Para Ti Elegir en Incrementos de \$10,000	\$10,000	\$20,000	\$20,000
Conyuge Elegir en Incrementos de \$10,000	\$10,000	\$20,000	100% de los empleados Suma Principal, hasta \$20,000
Niños *Beneficio para cada niño	N/A	\$5,000	25% de los empleados Suma Principal CI, hasta \$5,000

La condición preexistente bajo este plan es 12/12, que significa que para cualquier condición que usted reciba atención médica en los 12 meses antes de su fecha de vigencia de cobertura que resulte en una discapacidad durante los primeros 12 meses de cobertura, no estaría cubierto. Si la cubierta no fue seleccionada cuando fue primeramente elegible, será requerido completar un formulario de asegurabilidad.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Es bueno saber que no estás solo.

Llegar a un consultor de EAP es un buen primer paso. Están capacitados para entender sus inquietudes para que puedan conectarlo con el consultor o servicio que mejor pueda ayudarle:

- Abordar los problemas de depresión, ansiedad o consumo de sustancias.
- Mejorar las relaciones en el hogar o en el trabajo.
- Controla el estrés.
- Trabaje a través de problemas emocionales o dolor.
- Asistencia con preocupaciones legales y financieras



Una llamada lo pone en contacto con un médico, consejero, mediador, abogado o asesor financiero que podría ayudar a cambiar su vida para mejor.

Cuando la vida se pone Desafiante tienes cariño, Ayuda confidencial



Si necesita orientación para navegar por la salud mental, problemas financieros o legales, aproveche el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) para 24/7 soporte — sin costo adicional.

Llame al número de teléfono del miembro en su tarjeta de identificación del plan de salud y pida hablar con un consultor de EAP.

O bien, comuníquese con EAP directamente 24/7 al 1-888-887-4114.



UnitedHealthcare®

401(K) PLAN DE JUBILACIÓN



VOYA 401(K) PLAN DE JUBILACIÓN

COMANCO ofrece una función de inscripción automática y fondos coincidentes de compañía para los empleados bajo el Plan de **COMANCO** 401(k). Todos los empleados nuevos, de 18 años de edad o más, se inscribirán automáticamente en el plan 401 (k) en el primer trimestre que sigue seis meses de servicio.

COMANCO hace un aporte coincidente de 50% a las contribuciones de los empleados de hasta un 6%, y un 15% para las contribuciones de los empleados de más del 6%

Usted puede optar por aportar cualquier cantidad de su salario semanal, y su ingreso gravable será reducido por esa cantidad a través de un aplazamiento salarial. Su aplazamiento total de salario para 2022 no puede ser superior a \$20,500. Los empleados de edades de 50 o más y que hayan cumplido el límite del plan para aplazamientos pueden aportar \$6,500 adicionales como contribución de captura. Por favor, consulte con **Recursos Humanos** si desea aportar una contribución de captura. Su porcentaje de aplazamiento máximo y/o monto en dólares también puede estar limitado por las regulaciones del IRS.

Usted puede aumentar o disminuir su monto de aplazamiento de salario o dejar de hacer contribuciones en cualquier momento llamando a Voya a **800-584-6001**.

Sus contribuciones al plan son totalmente invertidas. Una vez que haya completado seis años de servicio, estará totalmente investido de las contribuciones de **COMANCO**. Totalmente concedido significa que las aportaciones, junto con cualquier ganancia o pérdida de inversión, te pertenecen y no las perderás si dejas de trabajar con **COMANCO**.

Usted decide dónde invertir sus contribuciones y las contribuciones coincidentes de la compañía en los fondos de inversión gestionados profesionalmente por el plan. Las elecciones de inversión se pueden cambiar en cualquier momento accediendo a su cuenta en línea en www.voyaretirementplans.com o llamando al servicio al cliente a **800-584-6001**.

Ejemplo:

Usted gana \$500.00/semanal y aporta un 10% = \$50

6% es \$30 - **COMANCO** aporta un 50% que es \$15.00

El restante \$20.00 - **COMANCO** aporta un 15% que es \$3.00

Total que **COMANCO** aporta es \$18.00/semanal

Contribución de **COMANCO**

1-Año (52 cheques) \$18 x 52 = **\$936** dinero adicional en su cuenta

ABOGACÍA

LA AYUDA COMIENZA AQUÍ

BenefitsVIP es un centro de contacto integral con gran capacidad de respuesta atendido por profesionales expertos. Su equipo dedicado de promotores de beneficios para el empleado está listo para ayudarlos a usted y a su familia a resolver problemas relacionados con sus beneficios.

Permita que BenefitsVIP los ayude a usted y a su familia con lo siguiente:

- Preguntas sobre beneficios
- Solicitudes de tarjetas de ID
- Problemas de facturación
- Resolución de reclamaciones
- Problemas con recetas de medicamentos
- Preguntas sobre la red de proveedores
- ¡Y mucho más!

Para recibir un servicio confidencial y que responda a sus necesidades, comuníquese llamando al:

866.293.9736

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 8 p.m.

(hora estándar del este)

Solutions@benefitsvip.com

Fax: **856.996.2775**

PREGUNTAS RESPONDIDAS AQUÍ:

¡COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL! Sus defensores dedicados de BenefitsVIP entienden sus planes de beneficios y responden preguntas sobre beneficios, y pueden resolver rápidamente reclamos y problemas de elegibilidad. La mayoría de las consultas se resuelven el mismo día, y todas las llamadas se adhieren a las mejores prácticas de privacidad.

BenefitsVIP
Help starts here.



WEB

Manténgase informado con las últimas noticias de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en benefitsvip.com.



BLOG

HealthDiscovery.org es un blog de estilo de vida que contiene artículos de bien estar, consejos, cuestionarios, recetas y más!

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

En virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, los planes médicos colectivos deben hacer que ciertos beneficios estén a disposición de las participantes de los planes médicos que se han sometido a una mastectomía. En particular, un plan debe ofrecer a las pacientes con mastectomía beneficios para: La reconstrucción de la mama donde se realizó la mastectomía

Cualquier cirugía y reconstrucción necesaria del otro seno para conseguir una apariencia simétrica

Prótesis, así como para el tratamiento de afecciones físicas relacionadas con la mastectomía, incluido el linfedema

Nuestros planes médicos cumplen estos requisitos. Los beneficios por estos conceptos son similares a los previstos en el plan para tipos de servicios y suministros médicos similares.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA SEGÚN LA LEY COBRA

Según la Ley de Conciliación del Presupuesto General Consolidado de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés), usted y sus familiares dependientes cubiertos pueden continuar recibiendo ciertos beneficios de atención médica si usted pierde su cobertura como resultado de ciertos eventos que califiquen. Póngase en contacto con el departamento de beneficios para obtener más información.

LOS REGLAMENTOS DE LA LEY HIPAA LE AYUDAN A PROTEGER SU PRIVACIDAD

Las disposiciones sobre privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) le ayudan a garantizar que la información relacionada con su atención médica se mantenga privada. Los empleados nuevos recibirán una Notificación de Prácticas de Privacidad en la que se describen las formas en las que el plan médico puede utilizar y divulgar información médica privada (PHI, por sus siglas en inglés). La notificación también describe sus derechos. Póngase en contacto con el departamento de beneficios para obtener más información.

LEY CONTRA LA DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA, por sus siglas en inglés)

GINA les prohíbe ampliamente a los empleadores cubiertos la discriminación en contra de un empleado, individuo o miembro con motivo de su "información genética", la cual se define ampliamente en GINA y se refiere a (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de los familiares del individuo y (3) la manifestación de una enfermedad o trastorno en familiares de dicho individuo.

En GINA también se le prohíbe al empleador que solicite, requiera o adquiera la información genética de un empleado. Esta prohibición no se extiende a la infor-

mación que se solicita o que es necesaria para cumplir con los requisitos de certificación de las leyes de licencias médicas y familiares, o a la información que se obtiene de forma inadvertida por medio de investigaciones legales, como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, siempre que el empleador no utilice esta información de forma discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto adquiera información genética ya sea de forma legal (o inadvertida), la información se debe guardar en un archivo por separado y tratarse como un expediente médico confidencial y se puede divulgar a terceros solamente bajo circunstancias limitadas.

RESUMEN DE MODIFICACIONES IMPORTANTES

Este Comunicado Anual de Inscripción Abierta constituye un Resumen de Modificaciones Importantes (SMM, por sus siglas en inglés), en el que se describen cambios para su programa de atención médica que entrará en vigencia a partir del domingo, 1 de enero de 2018.

Este SMM es un resumen de los cambios hechos al programa y de las condiciones parciales de los planes de atención médica. Este SMM no es un documento oficial del plan. Las condiciones reales de los planes se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia, o de cualquier conflicto entre este SMM y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales del plan. Debe conservar este SMM junto con la información de sus otros beneficios.

Nos reservamos el derecho de cambiar, modificar o suspender estos beneficios en cualquier momento.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Le brindamos esta notificación para asegurarnos de que comprenda su derecho a solicitar una cobertura del seguro médico colectivo. Debe leer esta notificación aun si piensa en renunciar a la cobertura en este momento.

Pérdida de otras coberturas:

Si rechaza la cobertura para usted o sus familiares dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico colectivo, puede inscribirse usted e inscribir a sus familiares dependientes en este plan si usted o sus familiares dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus familiares dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después de finalizada su otra cobertura o la de sus familiares dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Por ejemplo:

Usted rechazó la cobertura porque estaba cubierto por un plan que ofrecía el empleador de su cónyuge. Su cónyuge deja el trabajo. Si usted notifica a su

empleador dentro de un plazo de 31 días después de finalizada la cobertura, usted y sus familiares dependientes elegibles pueden solicitar recibir la cobertura de nuestro plan médico.

Matrimonio, nacimiento o adopción:

Si tiene un nuevo familiar dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción, o una colocación para adopción, puede tener la posibilidad de inscribirse e inscribir a sus familiares dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS

De conformidad con la ley federal, los planes de atención médica no pueden restringir la duración de la estada en un hospital relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un alumbramiento normal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, por lo general la ley federal no prohíbe que el proveedor dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda) después de consultar a la madre y de obtener su consentimiento.

SUS DERECHOS SEGÚN LA LEY DE MICHELLE

A partir del 1 de enero del 2010, los estudiantes de tiempo completo cubiertos por el plan médico colectivo, que de lo contrario perderían su elegibilidad según el plan debido a una reducción en el horario de sus clases de tiempo completo debido a un permiso de ausencia de la escuela médicamente necesario, pueden reunir los requisitos para extender su cobertura dentro del plan hasta por un año o hasta cumplir 26 años de edad, lo que ocurra primero. El hijo debe ser dependiente del participante del plan y estar inscrito en el plan médico colectivo de la empresa como estudiante en una institución educativa postsecundaria inmediatamente antes del primer día del permiso.

PARIDAD DE LA SALUD MENTAL

A partir del 1 de enero del 2010, los planes médicos patrocinados por la empresa se modificaron para cubrir gastos de salud mental y abuso de sustancias sujetos a los mismos límites de tratamientos, deducibles, copagos, coseguros y requisitos de desembolsos directos que se aplican a otros gastos médicos y quirúrgicos. Este cambio se aplica tanto a los servicios hospitalarios como ambulatorios.

LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS DE 2009

(CHIP, por sus siglas en inglés)

Esta ley se adoptó para ampliar la elegibilidad del programa estatal CHIP para incluir a más niños y madres embarazadas, al conceder un plazo extendido de 60 días para coordinar cualquier cambio en las elecciones de salud del empleador en caso

DIVULGACIONES

el empleado no elija mantener la cobertura durante el servicio militar, tiene derecho a que se le reincorpore en el plan médico de su empleador cuando vuelva a ser contratado, por lo general, sin ningún tipo de período de espera o exclusión (p. ej., exclusiones por afecciones preexistentes), excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el tiempo en que estuvo en el servicio militar.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD CON CAUSA, INCLUIDO EL FRAUDE O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL

Nos reservamos el derecho de poner fin a su cobertura de atención médica o la de su familiar dependiente con efecto a futuro sin notificación cuando exista una causa (según la determine el Administrador del Plan) o si se determina que por cualquier otra razón usted o su familiar dependiente no son elegibles para recibir la cobertura del plan. Además, si usted o su familiar dependiente cubierto cometen un fraude o una tergiversación intencional en su solicitud para recibir la cobertura de atención médica del plan, en relación con la reclamación de un beneficio o apelación, o en respuesta a cualquier solicitud de información de esta empresa o sus delegados (incluido el Administrador del Plan o un administrador de reclamaciones), el Administrador del Plan puede poner fin a su cobertura de manera retroactiva con un preaviso de 30 días.

No informar a cualquiera de dichas personas que usted o sus familiares dependientes están bajo la cobertura de otro plan médico colectivo, o dar información falsa de manera intencional con el fin de obtener o mantener la cobertura de un familiar dependiente elegible son ejemplos de acciones que constituyen fraude con respecto al plan.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS PROPORCIONADA POR LOS PROGRAMAS DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comparar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber

si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre cómo presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 15 de octubre de 2021. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA: Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>

Teléfono: 1.855.692.5447

ALASKA: Medicaid

El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: <http://myakhipp.com>

Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: <http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

ARKANSAS: Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>

Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA: Medicaid

Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program <http://dhcs.ca.gov/hipp> Teléfono: 916-445-8322 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO: Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>

Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>

Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711

Programa de compra de seguro de salud

(HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>

Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html> Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131

INDIANA: Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>

Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA: Medicaid

Sitio web de Medicaid: <https://dhs.iowa.gov/ime/members>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS: Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY: Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Por correo electrónico:

KIHIPP.PROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky:

<https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx>

LOUISIANA: Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o

www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid

Sitio web por inscripción: <http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 1-800-442-6003 TTY:

Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa>

Teléfono: 1-800-862-4840

MINNESOTA: Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/>

DIVULGACIONES

humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
NUEVA YORK: Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE: Medicaid
Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov> Teléfono: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/> Teléfono: 1-844-854-4825
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: <https://www.scdhhs.gov> Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: <https://dss.sd.gov> Teléfono: 1-888-828-0059

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON: Medicaid
Sitio web: <https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
<http://oregonhealthcare.gov/index-es.html> Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA: Medicaid
Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx> Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov> Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)
TEXAS: Medicaid
Sitio web: <http://pontehippptexas.com/> Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH: Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/spanish-language>
Sitio web: <https://chip.health.utah.gov/espanol/> Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT: Medicaid
Sitio web: <http://www.greenmountaincare.org/> Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.coverva.org/es/famis-select>
<https://www.coverva.org/es/hipp> Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924
Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON: Medicaid
Sitio web: <http://www.hca.wa.gov> Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA: Medicaid
Sitio web: <http://mywvhipp.com/> Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN: Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/>

badgercareplus/p-10095.htm
Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/> Teléfono: 1-800-251-1269
Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 15 de octubre de 2021, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:
Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol 1-866-444-EBSA (3272)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).
Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. De-

partment of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137. Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)



Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios disponible para los empleados. No es un documento legal y no será interpretado como una garantía de beneficios ni de empleo continuo. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de planes maestros. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de estas pólizas, contratos y documentos de planes se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. Nuestra compañía se reserva el derecho de enmendar, suspender o finalizar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.

CORPORATE
SYNERGIES®