COMANCO

SAFETY ★ QUALITY ★ SERVICE

Guia de Beneficios 2025

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 2025.

Estamos comprometidos a ofrecer un paquete de beneficios completo y flexible, que le permita personalizar su cobertura para apoyar de la mejor manera a usted y a su familia .

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 encuentran en la página 6.

Guardian seguirá siendo el proveedor dental. Superior Vision seguirá siendo el proveedor de visión. Los detalles se encuentran en las páginas 12-13.

Mutual de Omaha continuará siendo el proveedor de vida básica/AD&D, vida voluntaria/AD&D, Incapacidad a corto plazo, la cobertura de accidente voluntario y la cobertura de enfermedad critica voluntaria. Los detalles se encuentran en las páginas 14-18.

Tabla de Contenidos

Inscripción en sus Beneficios 4

Crédito de Bienestar 5

Plan Médico 6

Visitas Virtuales 7

One Pass Select 8-9

Aplicación Móvil de UHC 10

Beneficios de Farmacia 11

Dental 12

Visión 13

Vida Basica/AD&D 14

Vida Voluntaria/AD&D 15

Incapacidad a Corto Plazo 16

Accidente Voluntario 17

Enfermedad Critica Voluntaria 18

Programa de Asistencia al Empleado 19

401(k) 20

BenefitsVIP 21

Divulgaciones 22

RESUMEN DE BENEFICOS

A continuación se ofrece una breve descripción de cada beneficio ofrecido a los empleados de **COMANCO** para el año del plan **1 de Marzo, 2025 - 28 de Febrero de 2026.**

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.

Enfermedad Critica Voluntaria y Accidente Voluntario
COMANCO Ofrece beneficios suplementarios voluntarios, incluyendo seguro de enfermedades críticas y accidentes, disponibles para su compra a través de **Mutual of Omaha**.

Programa de Asistencia al Empleado
El Programa de Asistencia al Empleado está disponible a través de **UnitedHealthcare**, ofreciendo apoyo y recursos para diversas necesidades personales y profesionales.

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

Le animamos a que se tome el tiempo para revisar los planes de beneficios descritos en esta guía y 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).

INSCRIPCIÓN EN SUS BENEFICIOS

COMANCO utiliza una plataforma 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 para introducirlos en el sistema para proceder con el 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.

OPCIONES DE INSCRIPCIÓN:

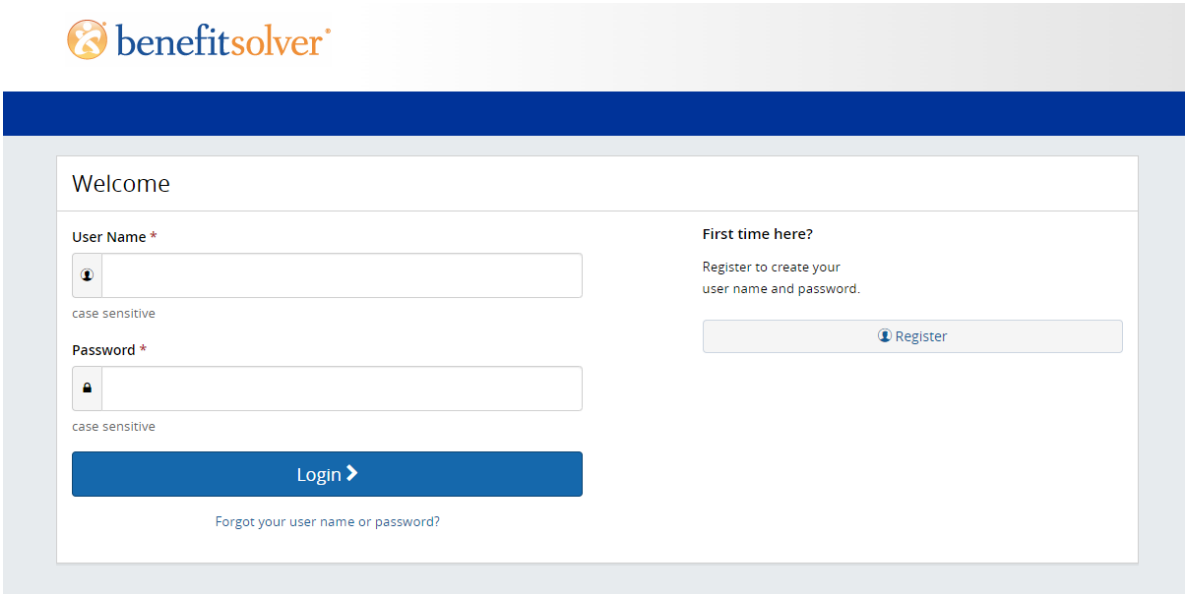
Una vez decida qué beneficios le gustaría elegir, y haya reunido toda la información de su beneficiario y dependientes, está listo para inscribirse.

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 **ssbenefits** (todo en 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 21.



¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?

1. Vaya a **www.benefitsolver.com** y haga clic en el enlace "Olvidé su contraseña".
2. Introduzca su número de seguro social, fecha de nacimiento y código postal.
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**

CREDITO 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 2025.

REQUISITOS DEL EXAMEN FÍSICO ANUAL :

- Empleados: Asegúrense de que su formulario físico anual 2025 completado sea enviado para mantener su descuento.
- Esposos: Si su esposo/a está cubierto/a bajo el Plan Médico, también se requiere su formulario físico anual 2025 completado.
- Niños en el plan no están requeridos a tomar un físico anual.

IMPORTANTE: Solamente requerimos el formulario de examen físico de bienestar completado. Por favor no nos envíe ningún resultado! Comuníquese con Recursos Humanos para confirmar que tenemos su formulario físico completado en archive.

¿**NECESITA AYUDA?**

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

1. Llama United Healthcare al 1-866-844-4864
2. Visita **www.myuhc.com**
3. Inicie sesión en **UnitedHealthcare® App** en su telefono móvil, Más detalles en la página 10.

PREGUNTAS FRECUENTES

Tuve mi último examen físico en Diciembre 2024. Si tomo mi próximo físico antes de Diciembre 2025 ¿Se me cobrará por mi físico 2025, ya que no ha sido un año entero entre los dos exámenes físicos?

- No, usted es elegible para **UN** examen físico anual por año calendario bajo el cuidado preventivo del plan. Por lo tanto, no hay ningún cargo si va a una consulta con un médico de atención primaria dentro de la red para completar su examen físico.

Necesitare un análisis de sangre?

- Si. Usted revisará los resultados con su medico. 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.

Cómo buscar proveedores dentro de la red:
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 la amplia red nacional de UHC.
Tanto Walgreens como CVS 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 **Familiar:** $3,000
Maximo de Su Bolsillo por Año Calendario (Del 1 de Enero al 31 de Diciembre)	**Individual:** $5,000 **Familiar:** $10,000
Cuidado Preventivo Cuidado Preventivo para Adultos, Examen fisico Anual,y Cuidado Bien Estar de niño	Sin costo
Atención Ambulatoria Visitas al consultorio del medico de atencion primaria Visitas a oficinas especializadas 24/7 Visitas Virtuales (myuhc.com/virtualvisits) Cirugia de instalaciones ambulatorias	 Copago de $35 Copago de $50 Copago de $0 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 medicamente necesario En la sala de emergencias del hospital Centro de atención urgente	Deducible, despues 20% Copago de $350 Copago de $50
Cuidado de Maternidad Atención prenatal y postnatal Servicios hospitalarios para la madre y el niño	 Copago de $35 Deducible, despues 20%
Salud Mental Servicios de hospitalización Servicios Ambulatorios	 Deducible, despues 20% Copago de $35
Medicamentos Recetados **Farmacia Minorista** (Suministro de 31 dias) Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Nivel 4 **Pedido por correo** (Suministro de 90 dias) Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 Nivel 4	 Copago de $10 / $35 / $75 **$250 Deducible**, despues copago de $125 $25 / $87.50 / $187.50 **$250 Deducible**, despues copago de $312.50

Contribuciones Semanales	Costo con Credito de Bienestar	Costo sin Credito de Bienestar
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. El médico puede darle un diagnóstico y una receta*, de ser necesario. Y con un plan de UnitedHealthcare, tiene un costo de $0.

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

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

Atención de calidad cuando y donde la necesite

Utilice las visitas virtuales para estas necesidades médicas menores:

- Alergias
- Bronquitis
- Resfrío o gripe
- Infección de ojos
- Conjuntivitis
- Sarpullido
- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Dolor de estómago
- Dolor de Cabeza Y más

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**

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.

ONE PASS SELECT

United Healthcare

Opciones de fitness flexibles para todos

Estar saludable no debería ser una lucha. Debería implicar probar cosas nuevas, explorar nuevos alimentos y esforzarse por ser un poco mejor de lo que era el día anterior.

Con One Pass Select (selección de un pase), nuestra misión es hacer que mantenerse saludable sea una experiencia placentera para todos. Independientemente de su nivel de condición física actual, contamos con una amplia variedad de actividades diseñadas para desafiarlo a usted y a los miembros de su familia elegibles (mayores de 18). Desde entrenamiento de fuerza y natación hasta clases de yoga y spinning, podrá probar nuevas actividades y esforzarse tanto física como mentalmente. Y eso no es todo. Obtenga acceso a aplicaciones digitales de acondicionamiento físico y a servicios de entrega de comida a domicilio, lo que hará aún más conveniente su camino hacia el bienestar.

Elige la membresía* que mejor se adapte a su estilo de vida

$29/Mes	$64/Mes	$99/Mes	$144/Mes
Clásico	**Estándar**	**Prima**	**Élite**
12,000 + Ubicaciones de los gimnasios	13,500+ Ubicaciones de los gimnasios	16,000+ Ubicaciones de los gimnasios	18,000+ Ubicaciones de los gimnasios

***Es posible que se aplique una tarifa de inscripción.**
O comience con un plan solo digital por $ 10 / mes.
Todos los niveles Classic o superior vienen con entrega de comestibles y artículos esenciales para el hogar sin costo adicional.

United Healthcare

ONE PASS SELECT

Como Funciona

Su código de miembro de One Pass Select es un Código único que le dará acceso a cualquier ubicación de fitness en el nivel de red elegido. Además, utilícelo para proveedores de fitness en línea y otras ofertas de One Pass.

Ir a OnePassSelect.com

Haga clic en "Comenzar"

Visitantes por primera vez, siga las indicaciones para registrarse. Los usuarios que regresan inician sesión con correo electrónico y contraseña

Obtenga su código de miembro de One Pass Select en la página del panel de control

Haga clic en "Cómo usar el código" para obtener más información sobre cómo usar su código de miembro único de One Pass Select para acceder a todos sus servicios

Get started today

Visita OnepassSelect.com

UnitedHealthcare Aplicación Móvil

La aplicación 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.

Obtenga la aplicación e inicie sesión con Touch ID®.

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

GET IT ON Google Play Download on the App Store

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 generalmente 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 ofrecen el valor más bajo en general, principalmente medicamentos de marca, aunque también algunos genéricos.	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 toma regularmente, 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

GUARDIAN®

NECESITA AYUDA PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED?

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

PASO 1: Vaya 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 elige utilizar un **proveedor fuera de la red**, su reembolso se basará en la tarifa "**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 tarifa de U&C por cada servicio prestado.

DENTALGUARD PREFERRED

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deductible Anual por Año Calendario (Del 1 de Enero al 31 de Diciembre) **Deducible familiar es de $50 por person, hasta un maximo de $150 por familia*	**Individual:** $50 ***Familiar:** Hasta $150	**Individual:** $50 ***Familiar:** Hasta $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, radiografías, limpieza de rutina Pueden aplicarse limitaciones y frecuencia	100% Sin Deducible	100% de U&C Sin Deducible
Servicios Basicos Procedimientos que incluyen, pero no se limitan a: Rellenos; Extracciones; Cirugía bucal; Endodoncia Periodoncia Cirugía periodontal; Anestesia; Consultas	90% Despues del deducible	80% of U&C Despues del Deducible
Servicios Principales Procedimientos que incluyen, pero no se limitan a: Puente y dentaduras postizas; Coronas, inlays, onlays	60% Despues del deducible	50% de U&C Despues del deducible
Contribuciones Semanles		
Solo Empleado	$2.40	
Empleado+ Conyuge	$8.10	
Empleado + Niños	$6.80	
Empleado+ Familia	$14.20	

BENEFICIO DE VISION

Cobertura de Vision

Cuidar adecuadamente su vista es de suma importancia. Como parte de mantener su salud en general, los exámenes oculares de rutina deben programarse regularmente. Sin cobertura, un examen y espejuelos recetadas pueden costar $300 o más.

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

SUPERIOR NATIONAL garantiza atención ocular de calidad mientras mantiene los costos accesibles.

SUPERIOR RED NACIONAL PLAN

BENEFICIO	EN LA RED	FUERO DE LA RED
Examen Ocular	Copago de $10	Copago de $10 y reembolsado hasta $33
Materiales (Marcos y Lentes)	Copago de $15	Copago de $15
Frecuencia		
Examen	1 por año del plan	1 por año del plan
Lentes	1 por 2 años del plan	1 por 2 años del plan
Montura	1 por año del plan	1 por año del plan
Lentes de Contactos	1 por año del plan	1 por año del plan
Monturas	Asignacion minorista de $150	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 hasta los 19 años	Cubierto en su Totalidad	No cubierto
Médicamente Necesario	Cubierto en su Totalidad	Reembolsado hasta $210
Lentes de contacto electivas (En lugar de lentes y monturas)	Asignación minorista de $135	Reembolsado hasta $100

Contribuciones Semanales	
Solo Empleado	$1.56
Empleado + Conyuge	$3.12
Empleado + Ninos	$3.31
Empleado + Familia	$5.21

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: Vaya 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**

VIDA BASICA/AD&D

SEGURO DE VIDA Y AD&D PAGADO POR EL EMPLEADOR

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 contingents: 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.

Consejos importantes:

- Identifique claramente a sus beneficiarios e incluya sus números de seguro social para evitar demoras o disputas.
- Mantenga su información de beneficiarios actualizada para asegurar que los beneficios de su seguro de vida se distribuyan de acuerdo con sus deseos.

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

- **Código:** Mutualwills

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**

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 Mutual de Omaha.

PAUTAS DE COBERTURA			
	Minimo	**Garantia Cantidad**	**Maximo**
Para Usted	$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 por $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.

Como calcular su deduccion de Vida/Ad&D Suplementario

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

$100,000 / 1,000 = 100

100 x 0.057 (ver tabla de tarifas) = **$5.70** costo por semana

$5.70 x 52 = **$296.40** costo por año

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

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
Duracion 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 medico 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	$0.20 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 x 60% = $300 beneficio semanal

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

$30 x $.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 de Urgencias	$175
Consulta inicial del consultorio médico	$150
Ambulancia (Terrenal/Aérea)	$600 Terrenal / $2,000 Aérea
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 dia
Confinamiento en ICU (Hasta 15 dias por accidente)	$1,000 por dia
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 por dia)
Empleado + Cónyuge	$3.92 ($0.56 por dia)
Empleado + Niños	$5.54 ($0.79 por dia)
Empleado + Familia	$7.15 ($1.02 por dia)

ENFERMEDAD CRITICA VOLUNTARIO

Enfermedad Critica Voluntario

COMANCO ofrece a todos los **empleados a tiempo completo elegibles** para beneficios la opción 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.

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

Categoria de Beneficios	Condicion	Pocentage de la CI Suma Principal
Corazon/ Circulatorio	Ataque Cardiaco, Transplante de Corazon, Derrame Cerebral	100%
	Circugia de la Valvula Cardiaca, Derivación de arterias coronarias, Cirugia 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 Usted Elegir en Incrementos de $10,000	$10,000	$20,000	$20,000
Conyuge Elegir en Incrementos de $10,000	$10,000	$20,000	100% del empleado Suma Principal, hasta $20,000
Niños *Beneficio para cada niño	N/A	$5,000	25% del empleado Suma Principal CI , hasta $5,000

Exclusión de Condiciones Preexistentes: 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 eligible, será requerido completar un **formulario de asegurabilidad (EOI).**

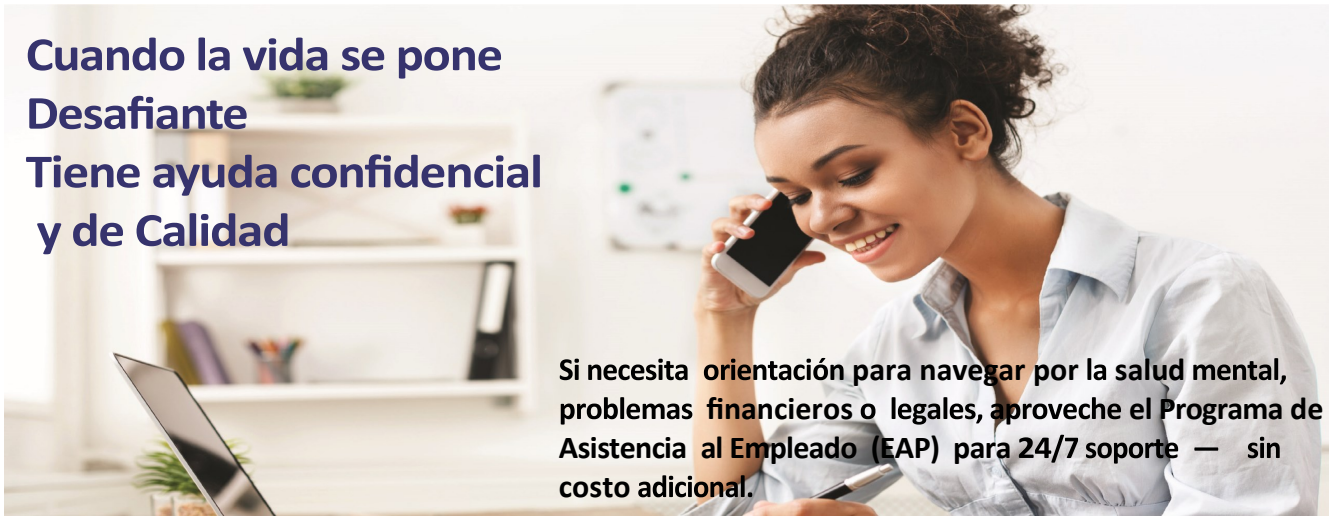
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Es bueno saber que no está solo/a

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 positivamente?



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 contribución de la empresa y una función de inscripción automática para los empleados bajo el Plan 401(k) de **COMANCO**. Todos los nuevos empleados, de 18 años de edad o más, serán inscritos automáticamente en el plan 401 (k) en el primer trimestre que sigue seis meses de servicio.

COMANCO iguala el 50% de las contribuciones de los empleados hasta el 6%, y el 15% para las contribuciones que superen ese 6%.

Puede elegir contribuir cualquier cantidad de su salario semanal, y esa cantidad reducirá su ingreso imponible mediante la diferencia de salario. El límite máximo de la diferencia de salario para 2025 es de $23,500. Los empleados de 50 años o más pueden aportar un adicional de **$7,500** como contribución de **recuperación** una vez alcanzado el límite del plan para las diferencias. Por favor, comuníquese con **Recursos Humanos** si desea hacer una diferencia de recuperación. Tenga en cuenta que las regulaciones del IRS también pueden limitar su porcentaje y cantidad máxima de contribución.

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 están totalmente investidas. Una vez que haya completado seis años de servicio, tendrá pleno derecho sobre 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 deja 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

BENEFITS VIP

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.

SITIO 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 articulos de bien estar, consejos, cuestionarios, recetas y más!

DIVULGACIONES

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996 (LEY DEL RECIÉN NACIDO)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para recetar una duración de la estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES DE 1998 (WHCRA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

En virtud de la ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA), los planes de salud grupales, las compañías de seguros y las organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organizations, HMO) que ofrecen cobertura de mastectomía también deben proporcionar cobertura para cirugía reconstructiva de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente. La cobertura incluye reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico, y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos edemas linfáticos. Llame al administrador de su plan para obtener más información.

ORDEN DE MANUTENCIÓN MÉDICA CALIFICADA PARA NIÑOS (QMCSO)

La Orden de Manutención Médica Calificada para Niños (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) es una orden de manutención médica infantil emitida en virtud de la ley estatal que crea o reconoce la existencia del derecho de un "receptor alternativo" a recibir beneficios para los cuales un participante o beneficiario es elegible en virtud de un plan de salud grupal. Un "receptor alternativo" es cualquier hijo de un participante (incluido un hijo adoptado o asignado con fines de adopción a un participante de un plan de salud grupal) que se reconoce en virtud de una orden de manutención médica para niños que tiene derecho a la inscripción en un plan de salud grupal con respecto a dicho participante. Una vez recibido, el administrador del plan de salud grupal debe determinar, dentro de un período razonable, si la orden de manutención médica para niños es calificada, y administrar los beneficios de acuerdo con los términos aplicables de cada orden calificada. En caso de que reciba una notificación para proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente como resultado de una determinación legal, puede obtener información de su empleador sobre las reglas para procurar promulgar dicha cobertura. Estas reglas se proporcionan sin costo alguno para usted y pueden solicitarse a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN (HIPAA)

Si anteriormente rechazó la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) por tener otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación con fines de adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación con fines de adopción.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN CHIPRA – PLAN DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS

Usted y sus dependientes elegibles para la cobertura, pero no inscritos, tienen derecho a elegir la cobertura durante el año del plan en dos circunstancias:
La cobertura estatal de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) suya o de su dependiente finalizó porque usted dejó de ser elegible.
Usted se vuelve elegible para un subsidio para el pago de primas del CHIP en virtud de Medicaid o CHIP estatal.
Usted debe solicitar una inscripción especial dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura o dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para el subsidio para el pago de primas.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene derecho a elegir continuar con su cobertura del plan de salud existente subsidiada por el empleador para usted y sus dependientes (incluido su cónyuge) durante un máximo de 24 meses mientras se encuentre en el ejército. Incluso si no elige continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene derecho a ser reincorporado al plan de salud de su empleador cuando sea recontratado, generalmente sin períodos de espera ni exclusiones por afecciones preexistentes, excepto por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio.

LEY DE MICHELLE

La ley de Michelle permite que los estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continúen con la cobertura en virtud de un plan de salud grupal cuando deben abandonar la escuela a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y, de otro modo, perderían la cobertura.
La continuación de la cobertura se aplica a la licencia de un hijo dependiente (u otro cambio en la inscripción) de una institución educativa postsecundaria (universidad) debido a una enfermedad o lesión grave, mientras esté cubierta por un plan de salud. De otro modo, esto haría que el hijo perdiera la condición de dependiente en virtud de los términos del plan. La cobertura continuará hasta:

1. que pase un año desde el inicio de la licencia médicamente necesaria, o
2. la fecha en la que la cobertura finalizaría de otro modo en virtud de los términos del plan de salud, lo que ocurra primero.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD DE ADICCIONES DE 2008

Esta ley amplía los requisitos de paridad de salud mental en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación del Empleado, el Código de Impuestos Internos y la Ley de Servicios de Salud Pública al imponer nuevos mandatos a los planes de salud grupales que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro médico ofrecida en relación con dichos planes) deben garantizar lo siguiente:
que los requisitos financieros aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no son más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o la cobertura), y que no hay requisitos de reparto de costos separados que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Non-discrimination Act, GINA) prohíbe ampliamente a los empleadores cubiertos discriminar a un empleado, individuo o miembro debido a la "información genética" del empleado, que se define ampliamente en la ley GINA como (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de familiares del individuo y (3) la manifestación de una enfermedad o un trastorno en familiares de dicho individuo.
La ley GINA también prohíbe a los empleadores solicitar, exigir o comprar información genética de un empleado. Esta prohibición no se extiende a la información que se solicita o requiere para cumplir con los requisitos de certificación de las leyes de licencia familiar y médica, o a la información obtenida involuntariamente a través de consultas legítimas en virtud de, por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), siempre que el empleador no utilice la información de ninguna manera discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto adquiera información genética de manera legítima (o involuntaria), la información debe conservarse en un archivo separado y tratarse como un registro médico confidencial, y puede divulgarse a terceros solo en situaciones muy limitadas.

LEY DE FACTURACIÓN SIN SORPRESAS

Cuando recibe atención de emergencia o le atiende un proveedor fuera de la red de su plan en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro la red de su plan, está protegido frente a la facturación de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguros o deducibles de su plan.
¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?
Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar algunos gastos por cuenta propia, como un copago, coseguro o deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.
"Fuera de la red" se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato de prestación de servicios con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina "facturación de saldo". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos por cuenta propia.
La "facturación sorpresa" es una facturación de saldo inesperada. Puede ocurrir cuando no tiene control sobre quién se involucra en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían implicar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.
Usted está protegido contra la facturación de saldos por:
Servicios de emergencia
Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se estabilice su condición, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.
Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red
Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, medicina hospitalaria o intensiva. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.
Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.
Cuando no se permite la facturación de saldo, usted también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - o Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
  - o Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - o Calcular lo que debe al proveedor o centro (reparto de costos) en función de lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese importe en la explicación de los beneficios.
  - o Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos por cuenta propia.

.

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 comprar 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 como 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 31 de julio de 2024. Comuníquese con su

DIVULGACIONES

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 AK primas del seguro médico
Sitio web: http://myakhipp.com
Teléfono: 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA: Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First 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://hcpf.colorado.gov/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.mycohibi.com/
Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1
Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2

INDIANA - Medicaid
Programa de pago de primas de seguro de salud
Todos los demás son Medicaid
Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/
https://www.in.gov/fssa/dfr
Administración de familias y servicios sociales
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp
Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY: Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.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/agencies/dms

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: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
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/masshealth/pa
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/
Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP
Teléfono: 1-800-694-3084
Por correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program
Teléfono: 603-271-5218
Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)

NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: https://es.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.hhs.nd.gov/healthcare
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org
Teléfono – 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid
Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dss.sd.gov
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP
Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)
Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/
Por correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/
Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/
Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/

VERMONT– Medicaid
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.hca.wa.gov
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 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 31 de julio de 2024, 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.gov1-877-267-2323, 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. Department 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 2026)

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®