

Remarkable CAREGIVERS



FOLLETO DE BENEFICIOS 2023

VIGENTE EL 1 DE MAYO DEL 2023 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido a la inscripción abierta!

Remarkable Caregivers reconoce la importancia de tener un programa de beneficios integral. Nuestro programa está diseñado para brindarle a usted y a su familia una variedad de planes con herramientas que promueven la salud y el bienestar. Estamos comprometidos a hacer todo lo posible para brindar beneficios que apoyen el estilo de vida y las necesidades de nuestros empleados.

A continuación hay una lista de los beneficios disponibles para usted para 2023:

- Cobertura médica a través de Kaiser - **¡Solamente en CA!**
- Cobertura médica a través de United Healthcare - **¡Opción de plan HSA mejorado!**
- Cobertura dental a través de Cigna
- Cobertura de la vista a través de Mutual of Omaha
- Cobertura de vida básica y cobertura de AD&D a través de Mutual of Omaha
- Cobertura de vida voluntaria y cobertura de AD&D a través de Mutual of Omaha
- Cobertura voluntaria de discapacidad a corto plazo a través de Mutual of Omaha
- Cobertura voluntaria de discapacidad a largo plazo a través de Mutual of Omaha
- Beneficios empresariales voluntarios a través de Mutual of Omaha
- Cuidado a largo plazo a través de LifeSecure
- Programa de asistencia al empleado (EAP) a través de BHS
- Programa de transporte al trabajo a través de Clipper Direct
- Programa de FMLA a través de Mutual of Omaha
- Programa de Plan de jubilación 401(k) a través de Newport
- Seguro de Mascotas a Través de Spot - **¡Nueva oferta!**
- Aplicación móvil MetLife Upwise - **¡Nueva oferta!**

Mandato individual de California

- A partir del 1 de enero de 2020, California cuenta con un mandato de atención médica individual que está en vigor.
- Este mandato cobrará impuestos a los residentes de CA (incluidos los dependientes) que no tengan un seguro médico.
- Este mandato estatal busca asegurar la estabilidad del mercado de atención médica de California con el aumento de la participación de personas "jóvenes y saludables".
- Las sanciones tributarias son determinadas por la Junta de Impuestos de Franquicia de California (Franchise Tax Board, FTB) y pueden ser un monto fijo en dólares o un porcentaje del ingreso bruto anual. Los montos de las multas pueden cambiar anualmente.
- Para obtener más información y orientación sobre su situación personal y posibles deducciones, consulte a un asesor fiscal.

Cuándo Inscribirse

Solo puede inscribirse para los beneficios o cambiar sus beneficios en los siguientes momentos:

- Cuando es contratado recientemente como empleado, su cobertura de beneficios comienza el primer día del mes coincidiendo con 30 días después de su contratación.
- Durante el período anual de inscripción abierta de beneficios. Consulte la página 3.
- Dentro de los 30 días de un evento de vida calificativo: consulte la página 3 y comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos para obtener más información.

Las elecciones que haga en este momento permanecerán vigentes hasta el final del año de su plan, a menos que experimente un evento de vida calificativo. Si no se inscribe para los beneficios durante su período de elegibilidad inicial, no podrá elegir la cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta.



ELEGIBILIDAD

Inscripción abierta

Este año, habrá dos períodos de inscripción abierta ya que cambiaremos a planes de beneficios de año calendario el 1 de enero de 2024. Los beneficios que elija ahora entrarán en vigencia el 1 de mayo de 2023 y finalizarán el 31 de diciembre de 2023, a menos que experimente un evento de vida calificado y envíe cambios de plan. Durante la inscripción abierta, puede agregar o eliminar dependientes de su cobertura, cambiar su nivel de cobertura o cambiar sus elecciones de beneficios sin experimentar un evento calificador.



Elegibilidad

Empleados:

- Los empleados a tiempo parcial que trabajan 20-29 horas a la semana son elegibles para participar en los beneficios dentales, de la vista, cobertura de vida y por muerte y desmembramiento accidental voluntaria y beneficios empresariales de Remarkable Caregivers de forma voluntaria.
- Los empleados de tiempo completo que trabajan 30+ horas o más a la semana son elegibles para participar en el plan de beneficios de Remarkable Caregivers.

Dependientes:

- Como empleado elegible, puede cubrir a su cónyuge legal o pareja doméstica registrada, hijos dependientes hasta la edad de 26 años (independientemente de su condición de estudiante) e hijos dependientes y solteros por encima del límite de edad del portador que son física o mentalmente incapaz de mantenerse por sí mismo.
- **Nebraska:** Los hijos dependientes de 26 años o más, pero menores de 30 años, son elegibles para participar en el plan médico de UnitedHealthcare si no están casados, no son elegibles para la cobertura a través de otro plan de salud y residen en Nebraska (o son estudiante de tiempo asistiendo a la escuela fuera del estado con padres que residen en Nebraska). Si su dependiente cumple con estos criterios y desea inscribirlo en el plan de salud de UHC, comuníquese con Recursos Humanos.

Tenga en cuenta: Se requiere un formulario de recargo conyugal para beneficios médicos y también se requiere una declaración jurada de pareja de hecho para inscribir a estos dependientes.

Eventos Calificativos

Si renuncia a la cobertura en este momento, no puede inscribirse en el plan de salud de Remarkable Caregivers' hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento calificador. Tiene 30 días a partir del momento del evento calificador para notificar a Recursos Humanos para cambiar sus beneficios. Los ejemplos de eventos calificativos incluyen:

- Cambio en el estado civil
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Muerte de un dependiente cubierto
- Pérdida del estado de elegibilidad por parte de un dependiente cubierto
- Cambio en el estado de empleo que afecta la elegibilidad para la cobertura
- Perder o ganar elegibilidad para la cobertura de atención médica bajo Medicare o Medicaid

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué es un deducible?

Un deducible es la cantidad de dinero que usted o sus dependientes deben pagar para un reclamo de salud antes de que el plan de salud de su organización realice algún pago por los servicios de atención médica prestados.

¿Qué es el coseguro?

El coseguro es una disposición de su plan de salud que describe el porcentaje de una factura médica que debe pagar y la que debe pagar el plan de salud.

¿Qué es el desembolso máximo?

La cantidad máxima (deducible y coseguro) que un asegurado tendrá que pagar por los gastos cubiertos de un plan. Una vez que se alcanza el desembolso máximo, el plan cubrirá los gastos elegibles al 100%.

¿Qué es un copago?

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

¿Qué es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)?

Un plan HMO le brinda acceso a ciertos médicos y hospitales dentro de su red. Una red está formada por proveedores que han acordado reducir sus tarifas para los miembros del plan y también cumplir con los estándares de calidad. Pero a diferencia de los planes PPO, la atención de un plan HMO está cubierta solo si consulta a un proveedor dentro de la red de ese HMO.

¿Qué es una organización de proveedores preferidos (PPO)?

Un plan PPO es un grupo de hospitales y médicos que contratan a las compañías de seguros, a cambio de un pago por servicio, para brindar un servicio médico integral.

¿Qué es dentro de la red?

Por lo general, se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que tienen contrato con el plan de seguro (generalmente una HMO o PPO) para proporcionar servicios a sus miembros. Cobertura por servicios recibidos de la red los proveedores generalmente serán mayores que los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, según el plan.

¿Qué es fuera de la red?

Por lo general, se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que no tienen contrato con el plan de seguro (generalmente una HMO o PPO) para proporcionar servicios a sus miembros. Dependiendo del plan de seguro, los gastos incurridos por los servicios prestados por proveedores fuera de la red pueden no estar cubiertos, o la cobertura puede ser menor que la de los proveedores dentro de la red.

¿Qué es una Explicación de Beneficios (EOB)?

Un EOB es una descripción que le envía su compañía de seguros en la que se explican los beneficios de atención médica que recibió y los servicios por los cuales su proveedor de atención médica solicitó el pago.



COBERTURA MÉDICA: OPCIONES DE HMO - SOLAMENETE CALIFORNIA

Nota importante: los planes médicos de Kaiser no se ofrecerán en la renovación del plan de beneficios del 1 de enero de 2024. Tenga esto en cuenta al decidir entre las opciones de planes médicos de Kaiser y UHC. La siguiente tabla resume los beneficios de los planes médicos ofrecidos a todos los empleados elegibles de California de Remarkable Caregivers. Como empleado elegible, puede elegir uno de los siguientes planes.

	Kaiser	Kaiser
	Deductible HMO	HSA HMO
Deducible Anual Año de Calendario	\$2,000 Individual \$4,000 Familiar	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar
Máximo Anual - Gastos fuera de bolsillo Año de Calendario	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar
Servicios Médicos		
Consulta de Atención Primaria	\$30 de copago**	\$30 de copago*
Consulta de Especialista	\$30 de copago*	\$50 de copago*
Cuidado Preventivo	Sin Cargo	Sin Cargo
Servicios de Hospital		
Hospitalización	20% de coseguro*	30% de coseguro*
Cirugía Ambulatoria	20% de coseguro*	30% de coseguro*
Servicios diagnósticos de radiografías y laboratorios		
Imágenes Avanzadas (MRI, CT, PET, Etc)	20% de coseguro	30% de coseguro*
Procedimientos de Radiografías y Laboratorio	20% de coseguro* / \$15 de copago	\$10 de copago*
Visitas de Emergencia / Atención Urgente		
Centro de Atención de Urgencia	\$30 de copago**	\$30 de copago*
Sala de Emergencia (No se aplica el copago si es admitido)	20% de coseguro*	30% de coseguro*
Recetas (Suministro de 30-días)		
Deducible	Ninguno	Combinado con Médico
Nivel 1: Medicamento Genérico	\$15 de copago	\$15 de copago*
Nivel 2: Medicamento de Marca	\$30 de copago	\$35 de copago*
Nivel 3: Medicamento de Marca que no forma parte del formulario	\$30 de copago	\$35 de copago*
Nivel 4: Medicamento Especializado	20% de coseguro hasta \$250/prescripción	30% de coseguro hasta \$250/prescripción*

Recetas disponibles a través de pedidos por correo. Consulte su resumen de beneficios para obtener todos los detalles.

*Después de que se alcanza el deducible

** El deducible del plan no se aplica a sus primeras tres visitas combinadas para servicios de atención primaria, atención de urgencia, salud mental y tratamiento de trastornos por uso de sustancias.

MÁS INFORMACIÓN: tenga en cuenta que el cuadro anterior solo tiene fines comparativos. Para obtener una lista completa de lo que está cubierto y lo que no está cubierto por cada plan, consulte el folleto de Evidencia de Cobertura.

COBERTURA MÉDICA: OPCIÓN DE PPO

El siguiente gráfico resume los beneficios de los planes medicos que se les ofrecen a todos los empleados elegibles de Remarkable Caregivers. Como un empleado elegible, usted puede elegir inscribirse en uno de los siguientes planes.

	UHC PPO		UHC HSA PPO	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Anual Año de Calendario	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$7,500 Individual \$15,000 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar
Máximo Anual - Gastos fuera de bolsillo Año de Calendario	\$7,150 Individual \$14,300 Familiar	\$15,000 Individual \$30,000 Familiar	\$6,350 Individual \$12,700 Familiar	\$10,000 Individual \$20,000 Familiar
Servicios Médicos				
Consulta de Atención Primaria	\$15 de copago	50% de coseguro*	20% de coseguro*	50% de coseguro*
Consulta de Especialista	Proveedor dentro de la red designada: \$50 de copago Proveedor dentro de la red: \$100 de copago	50% de coseguro*	20% de coseguro*	50% de coseguro*
Cuidado Preventivo	Sin Cargo	50% de coseguro*	Sin Cargo	50% de coseguro*
Servicios de Hospital				
Hospitalización	Sin Cargo*	50% de coseguro*	20% de coseguro*	50% de coseguro*
Cirugía Ambulatoria	Sin Cargo*	50% de coseguro*	20% de coseguro*	50% de coseguro*
Servicios diagnósticos de radiografías y laboratorios				
Imágenes Avanzadas (MRI, CT, PET, Etc)	Sin Cargo*	50% de coseguro*	20% de coseguro*	50% de coseguro*
Procedimientos de Radiografías y Laboratorio	Proveedor dentro de la red designada: Sin cargo* Proveedor dentro de la red: 50%* / 50% de coseguro*	50% de coseguro*	Proveedor dentro de la red designada: 20% de coseguro*; Proveedor dentro de la red: 50% de coseguro* / 50% de coseguro*	50% de coseguro*
Visitas de Emergencia / Atención Urgente				
Centro de Atención de Urgencia	\$25 de copago	50% de coseguro*	20% de coseguro*	50% de coseguro*
Sala de Emergencia (No se aplica el copago si es admitido)	\$300 de copago por evento por visita antes y además de pagar cualquier deducible anual*	\$300 de copago por evento por visita antes y además de pagar cualquier deducible anual*	20% de coseguro*	20% de coseguro*
Recetas (Suministro de 30-días)				
Deducible	Ninguno	Ninguno	Combinado con médico	Combinado con médico
Nivel 1: Medicamento Genérico	\$15 de copago	\$15 de copago	\$10 de copago*	\$10 de copago*
Nivel 2: Medicamento de Marca	\$45 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago*	\$35 de copago*
Nivel 3: Medicamento de Marca que no forma parte del formulario	\$80 de copago	\$80 de copago	\$70 de copago*	\$70 de copago*
Nivel 4: Medicamento Especializado	Cubierto en el Nivel 1-3	Cubierto en el Nivel 1-3	Cubierto en el Nivel 1-3	Cubierto en el Nivel 1-3

Recetas disponibles a través de pedidos por correo. Consulte su resumen de beneficios para obtener todos los detalles.

*Después de que se alcanza el deducible

MÁS INFORMACIÓN: tenga en cuenta que el cuadro anterior solo tiene fines comparativos. Para obtener una lista completa de lo que está cubierto y lo que no está cubierto por cada plan, consulte el folleto de Evidencia de Cobertura.

CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)



Si se inscribe en el plan de salud con deducible alto (HDHP) de Remarkable Caregivers, puede ser elegible para abrir y contribuir a una Cuenta de ahorros para de salud. Remarkable Caregivers contribuirá anualmente hasta \$750 por individuo y \$1,200 por familia. Para aprovechar los beneficios fiscales de una cuenta HSA, puede declarar las contribuciones o hacer que las deducciones de la nómina se deduzcan de su cheque de pago. Hable con Recursos Humanos si tiene preguntas sobre las deducciones.

Contribuciones máximas para la Cuenta de Ahorros de Salud definidas por el IRS para el 2023:

- La contribución anual máxima por persona es de \$3,850
- La contribución anual máxima para la familia es de \$7,750
- A las personas de 55 años o más se les permite una contribución adicional de \$1,000 para "ponerse al día" anualmente

Tenga en cuenta que los montos máximos de contribución anteriores incluyen la contribución de la empresa, por lo que su contribución anual máxima se limita a la diferencia entre el límite del IRS y la contribución de la empresa.

¿Qué es una cuenta de ahorros de salud (H.S.A.)?

- Combina un plan de salud con deducible alto calificado (HDHP) compatible con una cuenta de ahorros de salud
- Los miembros pueden depositar dinero en una cuenta de ahorros de salud, antes de impuestos
- Los fondos se pueden usar para gastos médicos calificados (se aplican las reglas del IRS)
- Los retiros para gastos médicos calificados están libres de impuestos
- Los fondos no utilizados se transfieren de un año a otro (no se aplica la regla "úselo o piérdalo")
- La cuenta es portátil y suya para conservar
- Individuos / Los titulares de cuentas HSA tienen la opción de invertir el dinero en vehículos de inversión que devengan intereses. Los intereses de estas inversiones tampoco están sujetos a impuestos.

¿Quién es elegible para participar en una cuenta H.S.A.?

- Debe estar inscrito en un plan médico calificado con deducible alto
- No puede tener ninguna otra cobertura médica
- No cubierto por un cónyuge, Medicare, plan de Administración de Veteranos, Cuenta de gastos flexibles de atención médica
- No se puede reclamar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona

¿Qué se considera un gasto elegible para la cuenta de H.S.A.?

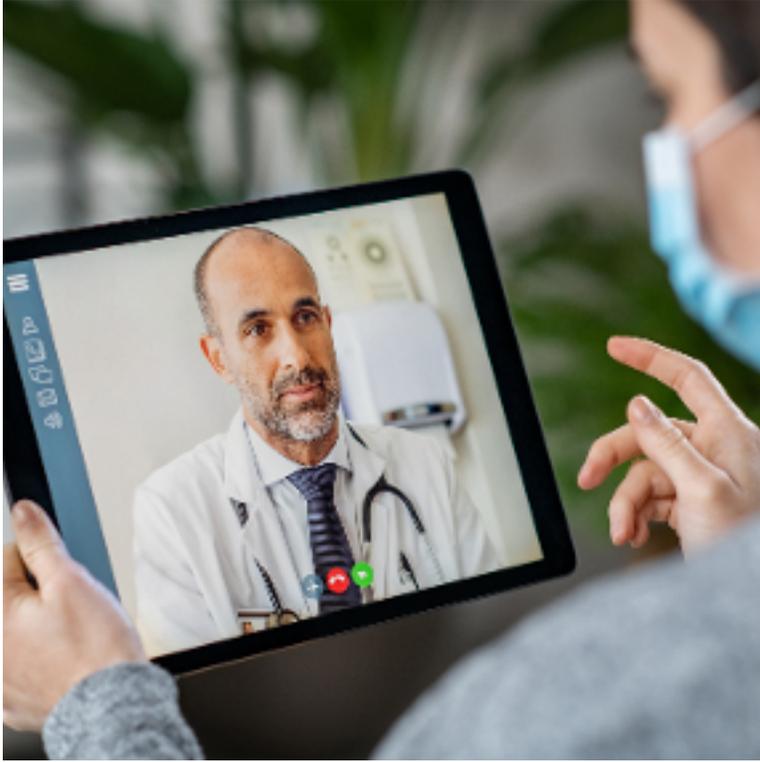
Algunos ejemplos de gastos elegibles:

- Deducibles y copagos del plan de salud
- Medicamentos recetados y medicamentos de venta libre
- Productos de higiene menstrual femenina
- Servicios dentales, ortodoncia, cuidado de la vista, lentes correctivos y quiroprácticos
- Otros gastos médicos típicos de su bolsillo
- Continuación de la atención médica (primas COBRA)

Consulte la Publicación 969 del IRS para obtener más detalles.

Tenga en cuenta: los empleados deben firmar el Acuerdo de autorización de Optum Bank, que permite a la empresa abrir la cuenta en su nombre. Debe establecer una cuenta bancaria para recibir las contribuciones del empleador. Si la cuenta HSA no se establece dentro de los 60 días, el empleado pierde cualquier contribución potencial a la HSA del empleador y cualquier contribución del empleado recaudada se devolverá como ingreso imponible.

TELESALUD



Opción de telesalud a través de Kaiser

La vida se mueve bastante rápido. Cuando no se siente bien, quiere sentirse mejor rápidamente. Con Kaiser se le conectará con un médico mediante video bidireccional en un teléfono inteligente, tableta o computadora. Todo sin citas o largos tiempos de espera. Simplemente regístrese en <https://healthy.kaiserpermanente.org/> o use la aplicación y consulte a un médico certificado en unos minutos. Cuando su propio médico no esté disponible, use Kaiser en línea si tiene:

- Conjuntivitis aguda
- Fiebre
- Un resfriado
- Alergias
- Gripe
- ¡Una infección sinusal y más!

Regístrese en Kaiser en línea hoy: es rápido y fácil

Visite <https://healthy.kaiserpermanente.org/> o descargue la aplicación y regístrese en su teléfono o tableta.

Consulte a un médico de habla hispana con Cuidado Médico a través de Kaiser.

Llame 24/7: (833) 574-2273

Opción de telesalud a través de United Healthcare

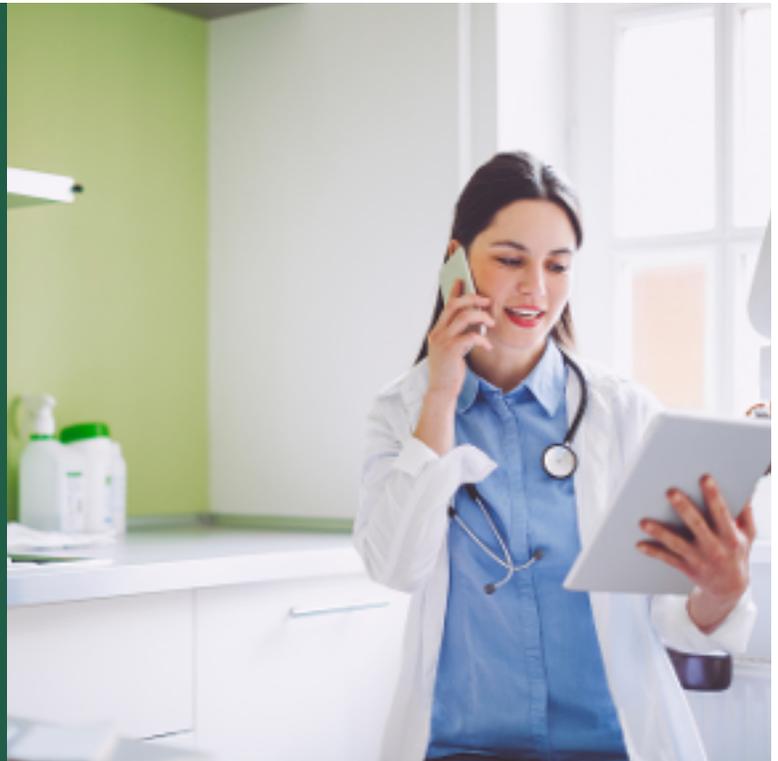
¿Tiene una condición de salud menor? Si no requiere un examen médico en persona, es posible que pueda abordarlo con un médico por teléfono. Recibirá una gran atención y ahorrará tiempo.

Cuando llame, ellos:

- Se asegurarán de que tenga 18 años o más
 - Confirmarán que has ha tenido al menos 1 cita cara a cara con ellos
 - Programarán una ventana de 1 hora para que el médico lo llame
- Visite www.myuhc.com para obtener más información sobre cómo programar una cita telefónica a través de UHC.

Tienes acceso a UHC por teléfono o en línea en todo momento del día. Por favor visite www.myuhc.com o descargue la aplicación para su dispositivo móvil. A través de la aplicación móvil de UHC usted puede:

- Enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver los resultados de sus pruebas, programar citas
- Reponer prescripciones, ver visitas anteriores, buscar instalaciones cercanas



COBERTURA DENTAL

La siguiente tabla resume los beneficios para el plan dental ofrecido a todos los empleados elegibles de Remarkable Caregivers. Como empleado elegible, puede elegir inscribirse en el siguiente plan.

	Cigna DPPO Base Plan		Cigna DPPO Buy-Up Plan	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red**	Dentro de la Red	Fuera de la Red**
Descripción de beneficios				
Deducible Anual Individual/Familiar	\$50 / \$150	\$100 / \$300	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Beneficio Maximo Anual ** Por miembro	Año 1: \$1,000, Año 2: \$1,100, Año 3: \$1,200, Año 4: \$1,300	Año 1: \$1,000, Año 2: \$1,100, Año 3: \$1,200, Año 4: \$1,300	Año 1: \$1,500, Año 2: \$1,650, Año 3: \$1,800, Año 4: \$1,950	Año 1: \$1,500, Año 2: \$1,650, Año 3: \$1,800, Año 4: \$1,950
Servicios Preventivos y Diagnósticos				
Evaluación oral periódica	Plan paga 100%; Usted paga 0%	Plan paga 80%; Usted paga 20%	Plan paga 100%; Usted paga 0%	Plan paga 100%; Usted paga 0%
Profilaxis (limpieza)	Plan paga 100%; Usted paga 0%	Plan paga 80%; Usted paga 20%	Plan paga 100%; Usted paga 0%	Plan paga 100%; Usted paga 0%
Rayos-X de mordida	Plan paga 100%; Usted paga 0%	Plan paga 80%; Usted paga 20%	Plan paga 100%; Usted paga 0%	Plan paga 100%; Usted paga 0%
Servicios Basicos				
Restauración de amalgama (relleno)	Plan paga 80%; Usted paga 20%*	Plan paga 60%; Usted paga 40%*	Plan paga 90%; Usted paga 10%*	Plan paga 80%; Usted paga 20%*
Gingivectomía por cuádruple (1 a 3 dientes)	Plan paga 80%; Usted paga 20%*	Plan paga 60%; Usted paga 40%*	Plan paga 90%; Usted paga 10%*	Plan paga 80%; Usted paga 20%*
Servicios Mayores				
Coronas	Plan paga 50%; Usted paga 50%*	Plan paga 40%; Usted paga 60%*	Plan paga 60%; Usted paga 40%*	Plan paga 50%; Usted paga 50%*
Servicios de Ortodoncia				
Beneficio de ortodoncia Niño/a y Adulto	Plan paga 50%; Usted paga 50%			
Beneficio máximo de ortodoncia de por vida	\$1,000 por miembro	\$1,000 por miembro	\$1,500 por miembro	\$1,500 por miembro

* Después de que se alcanza el deducible

**Los miembros están sujetos a cargos superiores al cargo reembolsable fuera de la red (out-of-network, OON) permitido ya que los servicios son proporcionado por proveedores no contratados. Esto se llama facturación de saldo.

MÁS INFORMACIÓN: tenga en cuenta que el cuadro anterior solo tiene fines comparativos. Para obtener una lista completa de lo que está cubierto y lo que no está cubierto por cada plan, consulte el folleto de Evidencia de Cobertura.

Tenga en cuenta: El plan DPPO le brinda la flexibilidad de recibir servicios con un profesional dental dentro o fuera de la red. Como sugerencia, antes de recibir servicios fuera de la atención preventiva, solicite a su dentista que solicite una predeterminación o estimación de los servicios planificados con Cigna. Esto le permitirá ver qué servicios se realizarán, qué cubrirá su plan y de qué monto será responsable en virtud de su plan.

COBERTURA DE VISIÓN

La siguiente tabla resume los beneficios para el plan de visión ofrecido a todos los empleados elegibles de Remarkable Caregivers. Como empleado elegible, puede elegir inscribirse en el siguiente plan.

	Mutual of Omaha Vision	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Examen básico de la vista	\$10 de copago	El plan paga hasta \$37
Marcos	El plan paga hasta \$130 + 20% de descuento en saldo sobre la asignación	El plan paga hasta \$58
Lentes de vision sencilla	\$25 de copago	El plan paga hasta \$20
Lentes bifocales	\$25 de copago	El plan paga hasta \$36
Lentes trifocales	\$25 de copago	El plan paga hasta \$64
Lentes de contactos médicamente necesarios (En lugar de lentes)	Sin Cargo	El plan paga hasta \$210
Lentes de contactos desechables (En lugar de lentes)	El plan paga hasta \$130	El plan paga hasta \$104
Frecuencia del examen de la vista	Una vez cada 12 meses	Cubierto igual que dentro de la red
Frecuencia del beneficio de marcos	Una vez cada 24 meses	Cubierto igual que dentro de la red
Frecuencia del beneficio de lentes	Una vez cada 12 meses	Cubierto igual que dentro de la red

MÁS INFORMACIÓN: tenga en cuenta que el cuadro anterior solo tiene fines comparativos. Para obtener una lista completa de lo que está cubierto y lo que no está cubierto por cada plan, consulte el folleto de Evidencia de Cobertura.



CÓMO ENCONTRAR A UN PROVEEDOR

Cómo encontrar un proveedor médico de Kaiser:

- Visite <https://healthy.kaiserpermanente.org/>
- Haga clic en "Médicos y ubicaciones" y luego seleccione "California - Norte"
- Desplácese hacia abajo e ingrese su código postal
- Haga clic en el menú desplegable bajo Plan de salud y seleccione "HMO"
- Ingrese su preferencia de búsqueda y haga clic en "Buscar" para ver una lista de proveedores de red en su área

Cómo encontrar un proveedor de servicios médicos de United Healthcare:

- Visite <https://www.myuhc.com/member/prewelcome.do?currentLanguageFromPreCheck=en>
- Haga clic en "Find a Provider"
- Haga clic en "Medical Directory"
- Haga clic en "Employer and Individual Plans"
- Para ver las opciones de su plan UHC, haga clic en "Dar compras"
- Desplácese hacia abajo y haga clic en "Choice Plus" para ver los proveedores en la red del plan de salud

Información importante sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria (primary health provider, PCP) en los planes de la red (HMO).

- Todas las personas inscritas en el plan HMO deben seleccionar un PCP y designar su número de PCP. Si ingresa un número de PCP inválido o lo deja en blanco, se le asignará automáticamente a un proveedor en función del código postal de su hogar. Si recibe una tarjeta de identificación con un PCP incorrecto, comuníquese con los servicios para miembros de su proveedor para corregirlo.
- Si decide cambiar su PCP en cualquier momento, puede hacerlo por teléfono o en línea.

Información sobre el plan PPO

- Tiene la opción de elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para guiar su atención (se recomienda, pero no es obligatorio). Puede ver a un especialista sin una referencia.
- El uso de médicos y centros de atención médica dentro de la red puede mantener sus costos más bajos.
- Puede elegir médicos o centros fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos.
- Una vez que cumpla con un límite anual en sus pagos llamado un desembolso máximo, su plan paga el 100% de los costos cubiertos.

Cómo encontrar un dentista:

Puede registrarse en línea en mycigna.com para ver los médicos y hospitales que aceptan su plan seleccionado, o puede realizar una búsqueda general:

- Visite www.cigna.com
- Comience haciendo clic en "Buscar un médico"
- En "Cómo está cubierto", seleccione "Empleador o escuela"
- Ingrese su código postal
- Seleccione su preferencia de búsqueda: Médico por tipo, Médico por nombre o Centro de salud
- Haga clic en "Buscar"
- Haga clic en "Continuar como invitado"
- Para seleccionar un plan, haga clic en "Continuar"
- Haga clic en "Total Cigna DPPO (Cigna DPPO Advantage y Cigna DPPO)" para ver una lista de proveedores de la red en su área

Cómo encontrar un oftalmólogo:

- Inicie sesión en <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/mutual/en>
- Puede buscar por ubicación o por apellido del médico o nombre del consultorio
- Haga clic en "Buscar" para ver una lista de proveedores de la red en su área

COBERTURA DE VIDA Y POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Cobertura de Vida y Por Muerte y Desmembramiento Accidental Básica

Remarkable Caregivers le proporciona a todos los empleados elegibles un seguro de vida básico y cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de Mutual of Omaha. Este beneficio proporciona una valiosa protección de ingresos en caso de que sufra un accidente grave o la muerte. En esta póliza también se incluye un beneficio por muerte acelerado. Debe nombrar un beneficiario para sus beneficios de vida y AD&D. Los cambios de beneficiarios se pueden realizar en cualquier momento durante el año del plan.

SEGURO DE VIDA PROPORCIONADO POR EL EMPLEADOR	SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL PROPORCIONADO POR EL EMPLEADOR
\$25,000	\$25,000

Este beneficio se reducirá a 65% a la edad de 65 y 50% a la edad de 70.

Cobertura de Vida y Por Muerte y Desmembramiento Accidental Voluntaria

Como empleado de Remarkable Caregivers, también tiene la opción de adquirir un seguro de vida y AD&D adicional (voluntario) para usted, su cónyuge/ pareja doméstica y/o hijo (s). Para este beneficio voluntario, usted paga el costo total a una tarifa grupal baja a través de deducciones de nómina.

Nuevos empleados: Si solicita una cobertura que supera el Monto de emisión garantizada, o si solicita cobertura después de 31 días después de ser elegible, debe completar un formulario de Evidencia médica de asegurabilidad (EOI).

Empleados actuales: si anteriormente renunció a la cobertura, todos los montos de los beneficios están sujetos a la evaluación médica completa/EOI para determinar la elegibilidad del beneficio. Todos los beneficios para niños dependientes son de emisión garantizada. Tiene la posibilidad de solicitar cobertura adicional de hasta \$10,000, siempre que el monto total del seguro no exceda el monto máximo de su beneficio. Los montos superiores al monto de la Emisión Garantizada también requerirán una EOI.

	Empleado	Cónyuge/Pareja Doméstica	Niño(s)
Opción de Cobertura	Incrementos de \$10,000, hasta \$250,000 o 5 veces sus ganancias anuales; el que sea menor	Incrementos de \$5,000, hasta \$100,000; sin exceder el 50% del monto del beneficio del empleado	\$2,000 hasta \$10,000 en incrementos de \$1,000
Monto de Cobertura Garantizada	5 veces sus ganancias anuales hasta \$100,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$35,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$10,000
Maximum Amount	\$250,000	\$100,000	\$10,000

Este beneficio se reducirá en un 50% a la edad de 65 y reducirá a 25% a la edad de 70. El beneficio de cónyuge/pareja doméstica finaliza a los 70 años.



COBERTURA PARA DISCAPACIDAD VOLUNTARIA

Cobertura por Discapacidad a Corto Plazo Voluntaria

Como empleado elegible de Remarkable Caregivers, tiene la opción de comprar un seguro voluntario adicional por discapacidad a corto plazo (STD) a través de Mutual of Omaha. Esta cobertura le proporciona a usted y a su familia una sustitución de ingresos mientras está en ausencia de corto plazo debido a un accidente o enfermedad no laboral. Para este beneficio voluntario, usted paga el costo total a una tarifa grupal baja a través de deducciones de nómina.

	Aspectos destacados del plan STD Voluntario
Opción de Cobertura	California: 25% de ingresos semanales Otros estados: 60% de ingresos semanales
Periodo de eliminación	7 días
Beneficio Máximo	California: \$1,000 Semanal Otros estados: \$1,500 Semanal
Duración del beneficio	California: 52 Semanas Otros estados :26 Semanas
Condición Preexistente	3 meses anteriores, exclusión de 6 meses



Cobertura por Discapacidad a Largo Plazo Voluntaria

TENGA EN CUENTA: si anteriormente renunció a la cobertura, todos los montos de los beneficios están sujetos a la evaluación médica completa/EOI para determinar la elegibilidad del beneficio.

	Aspectos destacados del plan LTD Voluntario
Opción de Cobertura	60% de ingresos mensuales
Periodo de eliminación	California: 364 días Otros estados: 180 Days
Beneficio Máximo	\$6,000 Mensual
Duración del beneficio	Reducción de la duración de los beneficios con la edad normal de jubilación del Seguro Social
Condición Preexistente	12 meses anteriores, exclusión de 12 meses

BENEFICIOS ADICIONALES

Programa de Asistencia al Empleado

Justo cuando cree que lo tiene resuelto, ¡viene un desafío! Ya sea que esos desafíos sean grandes o pequeños, su programa de apoyo EAP está disponible para ayudarlo a usted y a su familia a encontrar una solución y recuperar la tranquilidad.

Llame a BHS cualquier día, en cualquier momento. El soporte está a solo una llamada de distancia cuando lo necesite - sin costo adicional para usted. Un defensor está listo para ayudarlo a evaluar sus necesidades y desarrollar una solución para ayudarlo a resolver sus inquietudes. Los defensores también pueden dirigirlo a una variedad de recursos en su comunidad y herramientas en línea. Usted y los miembros de su hogar tienen hasta tres sesiones cara a cara disponibles para usar. Llame para obtener una referencia a un servicio en su comunidad o consejos sobre temas como:

- **Crianza de los hijos:** Reciba orientación sobre el desarrollo infantil, la rivalidad entre hermanos, la ansiedad por separación y mucho más.
- **Cuidado de personas mayores:** aprenda sobre los desafíos y las soluciones asociados con el cuidado de un ser querido anciano.
- **Cuidado de niños:** ya sea que necesite cuidado todo el día o después de la escuela, busque un lugar que sea adecuado para su familia.
- **Cuidado de respaldo temporal:** no permita que un evento no planificado se lleve lo mejor de usted: busque cuidado de niños de respaldo.

Para obtener más información y solicitar asistencia, llame al 800-327-2250 o visite portal.bhsonline.com

Asistencia en viajes

Experimentar una emergencia mientras viaja puede ser especialmente difícil. Saber a quién llamar por problemas médicos, problemas de cambio de moneda o pérdida de equipaje es fundamental. Tenga la tranquilidad de saber que Travel Assistance viaja con usted en todo el mundo y le ofrece acceso a una red de profesionales que pueden ayudarlo con referencias médicas locales o proporcionar otros servicios de asistencia de emergencia en el extranjero.

La asistencia mundial en viajes puede ayudarlo a evitar baches inesperados en la carretera en cualquier parte del mundo. Para usted, su cónyuge e hijos dependientes en un solo viaje, de hasta 120 días de duración, a más de 100 millas de su hogar. Este beneficio le ofrece acceso a profesionales que pueden ayudarlo con:

- Asistencia previa al viaje
- Atención inmediata ante emergencias durante su viaje
- Servicios de asistencia en viajes para casos de emergencia
- Asistencia médica
- Robo de identidad
- Material educativo y de prevención

Para obtener más información sobre los servicios relacionados con la asistencia en viajes en todo el mundo:

- Si se encuentra dentro de los EE. UU., llame sin cargo al: (800) 856-9947
- Si está fuera de los EE. UU., llame por cobrar al (312) 935-3658

Programa de Beneficios de Transporte

El Programa de Beneficios de Transporte al Trabajo de Clipper Direct permite que los empleados que realizan viajes de ida y vuelta al trabajo separen fondos antes de impuestos para pagar sus gastos de transporte público relacionado con el trabajo. Los gastos elegibles para el beneficio de tránsito incluyen pases de transporte, tarjetas de tarifas y gastos de transporte en vehículo compartido. Usted puede deducir dinero antes de impuestos de su cheque de pago para pagar gastos relacionados con los viajes de ida y vuelta al trabajo, y esto reduce sus ingresos sujetos a impuestos. Este programa está disponible en Antioch, Concord y Orinda.

Seguro de Cuidado a Largo Plazo

Remarkable Caregivers se enorgullece de ofrecerle la opción de planificar con anticipación con el seguro de cuidado a largo plazo (LTC) a través de LifeSecure para ayudar pagar los servicios de cuidado a largo plazo debido a una enfermedad crónica, discapacidad o síntomas de vejez. Puede comprar cuidado a largo plazo cobertura para usted, su cónyuge o pareja doméstica registrada, sus padres y abuelos, y los padres y abuelos de su cónyuge o pareja doméstica registrada.

Lo que cubre el seguro de cuidado a largo plazo:

El seguro de cuidado a largo plazo paga un beneficio cuando usted y/o un miembro de su familia necesitan asistencia con dos o más de los seis actividades de la vida diaria, que incluyen bañarse, comer, caminar, ir al baño, trasladarse y vestirse, o si tiene una deterioro cognitivo.

Pagar por los servicios puede ser costoso. Las pólizas de atención a largo plazo pueden ayudar a pagar la atención en:

- Su hogar (cuidado de la salud en el hogar, cuidado personal y servicios de amas de casa)
- Centros de enfermería especializada
- Assisted living facilities
- Instalaciones de vida asistida
- Instalaciones de descanso
- Centros de atención diurna para adultos, atención médica diurna para adultos o centros de atención médica diurna para la enfermedad de Alzheimer

Tenga en cuenta: este plan no está disponible actualmente en los siguientes estados; California, Florida, Indiana, Nueva York y Vermont. Para obtener más información y solicitar asistencia, envíe un correo electrónico a: LTCiBenefitsTeam@ltc-solutions.com, llame a: (877) 286-2852, o visite www.myltcguide.com/Agemark.

PRODUCTOS VOLUNTARIOS

En Remarkable Caregivers los empleados elegibles tienen la opción de inscribirse en dos beneficios adicionales; Cobertura de enfermedades críticas y Cobertura de accidentes. Ambos beneficios ofrecen opciones de portabilidad. En caso de enfermedad o accidente grave, Mutual of Omaha le brinda más formas de protegerse, proteger a su familia y sus bienes. A continuación se muestra un breve resumen de los planes. Revise los resúmenes completos de beneficios y los documentos del plan para obtener información más detallada.

- ▶ El plan de enfermedades críticas paga un beneficio anual fijo de \$75 por una prueba de detección de salud.
- ▶ El plan de Accidentes paga un Beneficio Expreso de \$75 que se puede pagar en un corto período de tiempo con información mínima (en comparación con un reclamo típico).



Enfermedades críticas

El seguro de enfermedad crítica brinda una cobertura que complementa la cobertura médica tradicional y la cobertura del seguro de incapacidad. Aunque el seguro de enfermedad crítica no reemplaza la cobertura médica, usted puede usar el dinero para contribuir a pagar gastos médicos de desembolso personal o gastos diarios, lo cual le brindará la tranquilidad necesaria para centrarse en su recuperación. Para inscribirse en el programa de enfermedades críticas, debe tener una póliza de salud médica importante vigente, ya sea a través del programa de Remarkable Caregivers o de otra fuente. Los diagnósticos de enfermedades críticas cubiertos incluyen cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, Alzheimer avanzado, pérdida de audición y de hablar, Parkinson's avanzado o enfermedad renal en etapa terminal. Más incidentes cubiertos se detallan en el resumen del plan.

La cobertura de emisión garantizada está disponible para usted (y automáticamente incluye a sus hijos dependientes hasta los 26 años al 50% de su elección) y su cónyuge. Puede elegir entre \$ 10,000 y \$ 40,000 de cobertura para usted y entre \$ 10,000 y \$ 40,000 para su cónyuge, en incrementos de \$ 10,000. Las primas para los empleados y cónyuges se basan en la edad del empleado. No se requiere evidencia de asegurabilidad hasta el monto garantizado de emisión de \$40,000. Este plan no tiene una disposición sobre condiciones preexistentes.

TENGA EN CUENTA: La emisión de garantía está disponible para las nuevas contrataciones. Para los participantes tardíos, todos los montos requerirán una EOI.

Cómo presentar un reclamo de enfermedades críticas:

- Para acceder a los formularios visite: MutualofOmaha.com/support/forms o póngase en contacto con su departamento de Recursos Humanos.
- Fax: 402-997-1835
- Correo electrónico: submitgrpaci@mutualofomaha.com
- Correo: United of Omaha Life Insurance Company
Group Critical Illness Claims
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001

Cobertura de Accidentes

Diseñado para complementar su cobertura de salud, el seguro de accidentes cubre a usted y a su familia por accidentes relacionados con el trabajo. La cobertura provista incluye accidentes mientras se dedica a deportes, la escuela y el hogar y paga montos de beneficios específicos por gastos resultantes de lesiones o accidentes cubiertos no relacionados con el trabajo. Los beneficios se pagan a tanto alzado, libres de impuestos y, por lo general, aumentan con la gravedad del accidente. La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y / o sus hijos.

Cómo presentar un reclamo de accidente:

- Para acceder a los formularios visite: MutualofOmaha.com/support/forms o póngase en contacto con su departamento de Recursos Humanos.
- Fax: 402-997-1835
- Correo electrónico: submitgrpacc@mutualofomaha.com
- Correo: United of Omaha Life Insurance Company
Group Accident Claims
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001

LEAVE OF ABSENCE AND FMLA

Gestión de licencias con AbsencePro y FMLA

Remarkable Caregivers se asocia con AbsencePro para el proceso de gestión de licencias. Cada vez que necesite ausentarse del trabajo por una afección médica grave suya que requiera pasar una noche en el hospital, que necesite ausentarse del trabajo durante tres (3) o más días por una afección médica grave suya o para cuidar a un familiar con una afección médica grave, usted debe hacer lo siguiente:

- Notifique a su gerente y/o área de Recursos Humanos con al menos 30 días de anticipación la necesidad de la licencia, si la necesidad es previsible (por ejemplo: nacimiento de un hijo) y si la necesidad no es previsible (por ejemplo: cirugía de emergencia), notifique con la mayor antelación posible.
- Llame a AbsencePro: la información de contacto se encuentra en la página siguiente de esta guía.
- Proporcione cualquier formulario de certificación solicitado por AbsencePro.
- Mantenga informado a AbsencePro y a su gerente/Recursos Humanos sobre el estado de su licencia.

La Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos (Family and Medical Leave Act, FMLA) les otorga a los empleados elegibles el derecho de pedir una licencia laboral protegida sin goce de sueldo por motivos familiares y médicos específicos, con la continuación de la cobertura de seguro médico grupal bajo los mismos términos y condiciones que si el empleado no hubiera pedido la licencia. Debe pagar su parte de las primas del seguro durante cualquier parte no remunerada de su licencia.

Los empleados elegibles tienen derecho a tomarse hasta doce (12) semanas laborales de licencia en virtud de la FMLA en un período de 12 meses por cualquiera de los motivos que se enumeran a continuación. Para ser elegible para la FMLA, debe haber trabajado para Remarkable Caregivers durante al menos un año y haber trabajado 1250 horas o más en los 12 meses anteriores a la solicitud de licencia médica familiar.

Motivos de la Ley de licencia familiar y médica:

- El nacimiento de un hijo y para establecer un vínculo con el recién nacido en el plazo de un año desde el nacimiento.
- La entrega al empleado de un niño para su adopción o cuidado tutelar y el establecimiento de un vínculo con el niño en el plazo de un año desde que se lo hayan entregado.
- Una afección médica grave que hace que el empleado no pueda desempeñar las funciones de su trabajo.
- Para cuidar al cónyuge, hijo, hija o padre del empleado que tiene una afección médica grave.
- Cualquier exigencia calificada que surja del hecho de que el cónyuge, hijo, hija o padre del empleado es un miembro militar en servicio activo cubierto.
- Para cuidar a un integrante de las Fuerzas Armadas cubierto con una lesión o enfermedad grave si el empleado es el cónyuge, hijo, hija, padre o familiar cercano del integrante de las Fuerzas Armadas (licencia para el cuidado de un familiar militar).



AbsenceProSM

Una solución para registrar las ausencias por motivos médicos y familiares



¿Se encuentra en alguna de estas situaciones?

- Nacimiento de un hijo
- A cargo del cuidado de un integrante de las Fuerzas Armadas herido
- A cargo del cuidado de un hijo, cónyuge o pariente que sufre una enfermedad grave
- Presentó un reclamo por discapacidad a corto plazo
- Adopción o familia de acogida

AbsenceProSM les ofrece a los empleados un acceso rápido a expertos que responderán a sus preguntas, revisarán las directrices y brindarán información sobre una licencia médica o familiar protegida por el trabajo. Comuníquese con AbsencePro para obtener información y los formularios necesarios para la licencia.

FMLA or Short-Term Disability Claims:

Llame al: 877-365-2666

En línea: AbsencePro.absencemgmt.com

TDD: 800-697-0353

Fax: 877-309-0218

PLAN DE AHORROS PARA LA JUBILACIÓN

Elegibilidad

- Debe tener 21 años o más, 1 año y 1000 horas de servicio.
- El primer día del mes calendario que coincide con el momento en que usted cumple con los criterios de elegibilidad especificados o el día siguiente.

Selección de inversiones

- Los fondos con fecha objetivo ofrecen una única opción para la inversión diversificada basada en el año de jubilación esperado.
- Las carteras modelo ofrecen una única opción para inversiones diversificadas en función de su tolerancia al riesgo y el plazo de inversión.

Si espera jubilarse	Considere este fondo con fecha objetivo BlackRock LifePath	Carteras de ejemplo - Seleccione su estilo de inversión
2022 y anteriores	Objetivo de jubilación K	Crecimiento agresivo Lutz
2023 - 2027	Objetivo de jubilación para 2025	Crecimiento Lutz
2028 - 2032	Objetivo de jubilación para 2030	Moderado Lutz
2033 - 2037	Objetivo de jubilación para 2035	Moderadamente conservador Lutz
2038 - 2042	Objetivo de jubilación para 2040	Conservador Lutz
2043 - 2047	Objetivo de jubilación para 2045	Ultraconservador Lutz
2048 - 2052	Objetivo de jubilación para 2050	
2053 - 2057	Objetivo de jubilación para 2055	
2058 - 2062	Objetivo de jubilación para 2060	
2063 y posteriores	Objetivo de jubilación para 2065	

Pasos para la inscripción

- Diríjase a newportgroup.com. Seleccione "Iniciar sesión" para navegar a la página de inicio de sesión.
 - En "Iniciar sesión", ingrese su número de seguro social como el nombre de usuario (sin guiones)
 - Para su contraseña, ingrese su fecha de nacimiento (formato MMDDAAAA) y haga clic en "SIGN IN" ("INICIAR SESIÓN")
 - Una vez que haya podido acceder al sistema, se le pedirá que cambie su nombre de usuario y contraseña
- **Mi proyección:** Este paso le permite ingresar información específica sobre sus metas de jubilación para las proyecciones de ingresos de jubilación. Este paso es opcional.
- **Mis contribuciones:** Elija el monto para contribuir a su cuenta y qué tipo de contribuciones (previas a los impuestos, Roth o ambas).
- **Opciones de inversión:** Elija dónde se invertirán sus contribuciones. Lutz Financial hizo que esto sea más sencillo para usted al ofrecerle carteras basadas en el riesgo y fondos con fecha objetivo.
- Confirme su información personal, beneficiarios y complete

Contribución de la empresa

- Remarkable Caregivers realizará una contribución equivalente al 50 % hasta el 6 % de la compensación.
- Por ejemplo, si usted contribuye con el 6 %, Remarkable Caregivers realizará una contribución paralela del 3 %.
- Puede ahorrar hasta \$20 500 en 2022, más \$6500 adicionales si tiene 50 años o más.

DECISIONES IMPORTANTES

ANTES O DESPUÉS DE IMPUESTOS (ROTH.)

No hay una respuesta única para todos respecto a cual es preferible, depende de su categoría fiscal hoy y al hacer distribuciones.

- Para obtener ayuda para determinar si las contribuciones antes de impuestos o Roth son las mejores para su situación, comuníquese con Chris Wagner o Austin Wells de Lutz Financial.
- No hay exclusiones de ingresos para Roth 401(k), a diferencia de Roth IRA.
- Todas las contribuciones del empleador se clasificarán antes de los impuestos.

Bienvenido a Spot Pet Insurance

Obtén una cotización:
<https://spotpet.link/remarkablecaregivers>

¿Por Qué El Seguro Para Mascotas?

- 1** Como dueño de mascotas, ya debes saber lo costosas que pueden ser las visitas al veterinario.
- 2** El seguro para mascotas es una protección financiera en caso de accidentes y enfermedades.
- 3** Los planes de seguro para mascotas de Spot reembolsan hasta el 90% de las facturas veterinarias elegibles.
- 4** Los planes de seguro de Spot ofrecen miles en cobertura con opciones desde menos de una taza de café al día.

Seguro Para Mascotas Mejor Valorado

Clasificada #1 entre las Mejores Compañías de Seguros Para Mascotas por US News

La cobertura de Spot te ayuda a proteger a tu mascota en caso de accidentes, enfermedades y emergencias. Con el seguro para mascotas de Spot, puedes obtener cobertura para cirugía, tratamiento del cáncer, medicamentos recetados, implantación de microchip, radiografías, problemas de comportamiento, enfermedades dentales y otras condiciones.

Hasta 20% de Descuento

Como empleado valioso, puedes obtener hasta un 20% de descuento en tu póliza (un 10% de descuento en todas las mascotas, más otro 10% de descuento en cualquier mascota adicional).

Planes Personalizados Para Cualquier Presupuesto

Evita pagar de más por una cobertura que no necesitas. Personaliza el plan que más te convenga para tu mascota y podrías ahorrarle miles en condiciones cubiertas. Spot ofrece hasta un 90% de reembolso y una gama de límites anuales que se ajustan a tu presupuesto.

Línea Directa de Telesalud Para Mascotas 24/7

Como agradecimiento por inscribirte en Spot Pet Insurance, te proporcionamos acceso inmediato a una línea de ayuda 24/7 para hacer preguntas a los veterinarios sobre la salud de las mascotas, comportamiento y bienestar.

30 Días de Garantía de Devolución de Dinero

¡Queremos que estés seguro de que este es el producto adecuado para ti y tu mascota! Pruébalo y, si cambias de opinión dentro de los 30 días, te devolvemos tu dinero.*

*10% de descuento para empleados o grupo o grupo de máximo, más un 10% de descuento para otras mascotas en cada excedente adicional. La garantía de devolución de dinero de 30 días no está disponible si se han cubierto los reclamos. No disponible en Nuevo York. Los condic. de seguro difieren en cada cobertura. Pueden aplicarse períodos de espera, deducible anual, coaseguro, límite de beneficio y otros límites. Para obtener todos los términos y condiciones, visite spotpet.com/sample-policy. Los reembolsos de atención preventiva se basan en un cronograma. Los reembolsos de Spot On Coverage se basan en la factura. Los productos, horarios, descuentos y tarifas pueden variar y están sujetos a cambios. Toda información disponible a través de la compra. Los planes de seguro están sujetos por United States Fire Insurance Company. Los planes de seguro son emitidos por United States Fire Insurance Company, LLC. © 2023 United States Fire Insurance Company. Derechos de autor 2023 Spot Pet Insurance Services, LLC. Reservados todos los derechos. U.S. 837-8477. Añadido pagado.

Cómo Funciona



¡Sin Redes!

Visita cualquier veterinario con licencia, clínica de emergencia o especialista.



Envía Tu Reclamo.

Envíalo a través de nuestra aplicación, en línea, por correo o por fax.



Obten Reembolso.

Podemos enviar un depósito directo o enviar un cheque por correo.

Remarkable
CAREGIVERS

spot
pet insurance

¡Un beneficio que le ahorrará dinero!

Regístrese en Remarkable Caregivers BenefitHub Perks Program

Ahora tiene acceso exclusivo a increíbles descuentos y ofertas con devolución de dinero en miles de sus marcas preferidas.

Ahorre a lo grande. Todos los días.

Tome ventaja con ofertas en diversas categorías, entre ellas:



- Viajes
- Automóviles
- Electrónica
- Vestir
- Educación
- Entretenimiento
- Restaurantes
- Salud y bienestar
- Belleza y spa
- Deportes y aire libre

Aproveche mejor lo que gana.

Un empleado promedio puede ahorrar \$4,900* al año.

Quizás usted pueda superarlo.



Registrarse y ahorrar es fácil.

Inicia sesión en: agemark.benefithub.com

¿Necesitas registrarte?

- 1) Ir: agemark.benefithub.com
- 2) Haga clic en cualquier trato
- 3) Registro completo

Preguntas?

Llamamos: 1 800 664 4621

O envíenos un correo electrónico:
customercare@benefithub.com

*Basado en un gasto normal anual de hogar de \$26,680 en salud, finanzas y artículos de consumo.

CONTRIBUCIONES DE LOS EMPLEADOS

Próximos pasos

- Reúna los números de Seguro Social y las fechas de nacimiento de usted y sus dependientes calificados a quienes desea inscribir, ya que estos son necesarios.** Elija los planes y niveles de cobertura que mejor satisfagan sus necesidades. Tómese el tiempo para revisar los esquemas de beneficios provistos en esta guía. Esto lo ayudará a comprender los planes que se ofrecen y cómo pueden ajustarse a su estilo de vida y presupuesto.
- Asegúrese de que su(s) médico(s) de familia y su(s) dentista(s) estén cubiertos por los planes que ha elegido.
- Puede inscribirse mediante el Portal de autoservicio de ADP en <https://workforcenow.adp.com>. Esto se puede completar en una computadora portátil o de escritorio. No use la aplicación móvil para este proceso ya que las inscripciones no finalizan en la aplicación.

Deducciones de nómina quincenales de 2023

TENGA EN CUENTA: Las contribuciones se basan en un período de pago de 24 por año.

Contribuciones de empleados a tiempo parcial - Beneficios Voluntarios				
	Empleado	Empleado + Conyuge	Empleado + Hijos(as)	Empleado + Familia
Dental Voluntario				
Cigna DPPO - Base Plan	\$11.07	\$22.15	\$23.66	\$36.40
Cigna DPPO - Buy-Up Plan	\$18.08	\$36.18	\$34.54	\$54.82
Visión Voluntario				
Mutual of Omaha Vision	\$2.60	\$4.83	\$5.06	\$8.06

Contribuciones de empleados de tiempo completo				
	Empleado	Empleado + Conyuge	Empleado + Hijos(as)	Empleado + Familia
Médico				
Kaiser HMO - Solamente CA	\$203.54	\$591.78	\$527.08	\$850.61
Kaiser HSA - Solamente CA	\$105.07	\$426.16	\$272.65	\$640.22
UHC PPO	\$196.38	\$678.03	\$517.47	\$1,039.27
UHC HSA	\$48.82	\$476.40	\$163.88	\$298.34
Dental				
Cigna DPPO - Base Plan	\$3.06	\$14.13	\$15.65	\$28.39
Cigna DPPO - Buy-Up Plan	\$10.07	\$28.16	\$26.52	\$46.80
Visión				
Mutual of Omaha Vision	\$1.22	\$1.95	\$2.69	\$4.18



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Administrador	Beneficio	Teléfono	Sitio Web/Correo Electronico
Kaiser Permanente	Medical HMO	(800) 464-4000	www.kp.org
UnitedHealthcare	Medical PPO	(866) 633-2446	www.myuhc.com
UnitedHealthcare	Medical HSA	(866) 314-0335	www.myuhc.com
Cigna	Dental	(800) 244-6224	www.cigna.com
Mutual of Omaha	Vision	(833) 279-4358	www.mutualofomaha.com/vision
Mutual of Omaha	Basic Life/AD&D	(800) 775-8805	www.mutualofomaha.com
Mutual of Omaha	Voluntary Life/AD&D	(800) 775-8805	www.mutualofomaha.com
Mutual of Omaha	Voluntary Short Term Disability (STD)	(800) 775-8805	www.mutualofomaha.com
Mutual of Omaha	Voluntary Long Term Disability (LTD)	(800) 655-5142	www.mutualofomaha.com
Mutual of Omaha	Voluntary Accident and Critical Illness	(800) 775-8805	www.mutualofomaha.com
Optum Bank	HSA	(844) 326-7967	www.optumbank.com
BHS	Employee Assistance Program (EAP)	(800) 327-2251	portal.bhsonline.com
Newport Group	Retirement	(844) 749-9981	www.newportgroup.com
LifeSecure	Long-Term Care	(877) 286-2852	www.myltcguide.com/Agemark
AbsencePro	FMLA	(877) 365-2666	absencepro.absencemgmt.com
BHS	Employee Assistance Program	(800) 327-2251	portal.bhsonline.com
Spot	Pet Insurance	(800) 905-1595	https://spotpet.link/remarkablecaregivers



Este boletín destaca las principales características del plan de beneficios de Remarkable Caregivers. Su objetivo es ayudarlo a elegir los mejores beneficios para usted. Este boletín no incluye todas las reglas y detalles del plan. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguro. Si hubiera alguna inconsistencia entre este boletín y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final. Remarkable Caregivers se reserva el derecho de cambiar o discontinuar sus planes de beneficios en cualquier momento

Avisos Importantes

Aviso: Los Derechos de Inscripción Especial

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) por otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, podrá inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de contribuir a esa otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que su cobertura o la cobertura de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir hacia la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, consulte la información de contacto al final de estos avisos.

Un derecho especial de inscripción también surge para los empleados y sus dependientes que pierden la cobertura de un Programa estatal de seguro médico para niños (CHIP) o Medicaid, o que son elegibles para recibir asistencia con la prima de esos programas. El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura o la determinación de elegibilidad para recibir asistencia con la prima.

Aviso: Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (NMHPA)

Planes de salud grupal y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, bajo la ley Federal, restringir beneficios para cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto de la madre o el niño recién nacido en menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe al proveedor médico de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, de darle al alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso). En cualquier caso, los planes y los emisores no podrán, bajo ley Federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o el emisor para prescribir una duración de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso: Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (WHCRA)

¿Sabía que su plan, según es requerido por la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998, brinda beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo linfedema)? Para obtener más información, consulte la información de contacto al final de estos avisos.

Aviso: Ley ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles.

Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- **Sus horas de empleo se reducen; o**
- **su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.**

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- **Su cónyuge muere;**
- **las horas de empleo de su cónyuge se reducen;**
- **el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;**
- **su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.**

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- **El empleado cubierto muere;**
- **las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;**
- **el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;**
- **el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);**
- **los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".**

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- **La terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;**
- **La muerte del empleado; or**
- **el hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).**

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Usted debe proporcionar este aviso a la persona de contacto que se muestra al final de estos avisos.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes "disminuyan" el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto al final de estos avisos. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o del distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Aviso: Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)

Según la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés), los empleados cuentan con amplia protección en términos de su recontratación en cumplimiento del servicio militar.

Derechos de recontratación

Usted tiene el derecho a ser recontratado en su empleo civil si deja ese trabajo para brindar servicios en el servicio uniformado y:

- **Usted se asegura de que su empleador reciba por adelantado el aviso por escrito o verbal de su servicio;**
- **usted tiene cinco años o menos de servicio acumulativo en los servicios uniformados, con ese empleador particular;**
- **usted regresa al trabajo o solicita la recontratación de manera oportuna después de la conclusión del servicio; y**
- **usted no se ha separado del servicio con una descarga de descalificación o bajo otras condiciones deshonorables.**

Si usted es elegible para ser recontratado, debe ser restituido al trabajo y recibir los beneficios que hubiera alcanzado si no hubiera estado ausente debido al servicio militar o, en algunos casos, a un trabajo comparable.

Derecho a estar libre de discriminación y

Si usted:

- es un miembro pasado o presente de los servicios uniformados;
- ha solicitado ser miembro de los servicios uniformados; o
- está obligado a servir en los servicios uniformados;

Un empleador no podrá negarle.

- empleo inicial;
- reemplazo;
- mantenimiento en el empleo;
- promoción; o cualquier beneficio de empleo

Debido a es condición.

Además, un empleador no puede tomar represalias contra alguien ayudando en el cumplimiento de los derechos USERRA, incluyendo testificando o haciendo una declaración en relación con un procedimiento bajo USERRA, incluso si esa persona no tiene ninguna conexión de servicio.

Protección de seguro de salud

- Si deja su trabajo para realizar el servicio militar, usted tiene el derecho a optar por continuar su cobertura de plan de salud con su empleador actual para usted y sus dependientes hasta por 24 meses durante su servicio militar..
- Incluso si no opta por continuar la cobertura durante su servicio militar, usted tiene el derecho a ser reintegrado en el plan de salud de su empleador cuando usted es recontratado, generalmente sin períodos de espera o exclusiones (por ejemplo, las exclusiones de condición preexistente) excepto para las enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Aplicación

- El Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Servicio de Formación y Empleo de Veteranos (VETS) está autorizado a investigar y resolver quejas de violaciones USERRA.
- Para asistencia en la presentación de una queja, o para cualquier otra información sobre USERRA, póngase en contacto con VETS al (866) 4-USA-DOL o visite su sitio web en <http://www.dol.gov/vets>. Un asesor de USERRA interactivo en línea puede consultarse en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>.
- Si usted presenta una queja a VETS y VETS es incapaz de resolverla, usted puede solicitar que su caso sea referido al Departamento de Justicia o la Oficina Del Consejero Especial, según corresponda, para la representación.
- También puede omitir el proceso de los VETS y entablar una acción civil contra un empleador por violaciones del USERRA.

Aviso: Asistencia Con Las Primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Para Menores (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 (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 (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 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – MEDICAID	CALIFORNIA – MEDICAID
Sitio web: http://www.myalh Hipp.com Teléfono: (855) 692-5447	Sitio web: HEALTH INSURANCE PREMIUM PAYMENT (HIPPI) PROGRAM http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: (916) 445-8322 Fax: (916) 440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA – MEDICAID	COLORADO – HEALTH FIRST COLORADO (COLORADO'S MEDICAID PROGRAM) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: (866) 251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: (800) 221-3943 / retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: (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: (855) 692-6442

ARKANSAS – MEDICAID	FLORIDA – MEDICAID
<p>WEBSITE: http://myarhipp.com/ PHONE: (855) MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: (877) 357-3268</p>
GEORGIA – MEDICAID	LOUISIANA – MEDICAID
<p>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</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: (888) 342-6207 (línea directa de Medicaid) o (855) 618-5488 (LaHIPP)</p>
INDIANA – MEDICAID	MAINE – MEDICAID
<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip Teléfono: (877) 438-4479 Todos los demas Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: (800) 457-4584</p>	<p>Sitio web por inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: (800) 442-6003 TTY: Maine Relay 711 Página Web para ayuda financiera para el pago de primas de su seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: (800) 977-6740 TTY: Maine Relay 711</p>
IOWA – MEDICAID Y CHIP (HAWKI)	MASSACHUSETTS – MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: (800) 338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: (800) 257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: (888) 346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: (800) 862-4840 TTY: (617) 886-8102</p>
KANSAS – MEDICAID	MINNESOTA – MEDICAID
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: (800) 792-4884</p>	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: (800) 657-3739</p>
KENTUCKY – MEDICAID	MISSOURI – MEDICAID
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: (855) 459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: (877) 524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: (573) 751-2005</p>
MONTANA – MEDICAID	DAKOTA DEL NORTE – MEDICAID
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: (800) 694-3084 Por correo electrónico: HSSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: (844) 854-4825</p>
NEBRASKA – MEDICAID	OKLAHOMA – MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178</p>	<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: (888) 365-3742</p>
NEVADA – MEDICAID	OREGON – MEDICAID
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: (800) 992-0900</p>	<p>Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: (800) 699-9075</p>

NUEVO HAMPSHIRE – MEDICAID	PENNSYLVANIA – 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: (800) 852-3345 Ext. 5218	Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: (800) 692-7462
NUEVA JERSEY – MEDICAID Y CHIP	RHODE ISLAND – MEDICAID Y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: (609) 631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: (800) 701-0710	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: (855) 697-4347 o (401) 262-0311 (Direct Rite Share Line)
NUEVA YORK – MEDICAID	CAROLINA DEL SUR – MEDICAID
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: (800) 541-2831	Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: (888) 549-0820
CAROLINA DEL NORTE – MEDICAID	DAKOTA DEL SUR - MEDICAID
Sitio web: http://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: (919) 855-4100	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: (888) 828-0059
TEXAS – MEDICAID	WASHINGTON – MEDICAID
Sitio web: http://www.pontehiptexas.com/ Teléfono: (800) 440-0493	Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: (800) 562-3022
UTAH – MEDICAID AND CHIP	WEST VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: (877) 543-7669	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: (304) 558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: (855) MyWVHIPP (699-8447)
VERMONT- MEDICAID	WISCONSIN – MEDICAID Y CHIP
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: (800) 250-8427	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: (800) 362-3002
VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP	WYOMING – MEDICAID
Sitio web de: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid y Teléfono de CHIP: (800) 432-5924	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: (800) 251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes departamentos:

Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa
(866) 444-EBSA (3272)

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
(877) 267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Aviso (SOLO APLICABLE A PLANES DE SALUD GRUPAL HMO): Protección Del Paciente – Designación de Atención Primaria (HMO)

Su plan de salud grupal generalmente requiere la designación de un proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participa en nuestra red y que está disponible para aceptar a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted hace esta designación, la aseguradora de salud designa uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidado primario y para obtener una lista de los proveedores participantes de atención primaria, vea la información de contacto al final de estos avisos.

Aviso (SOLO APLICABLE A PLANES DE SALUD GRUPAL HMO): Protección del paciente, cuidados de obstetricia y ginecológicos (HMO)

No necesita autorización previa de su plan de salud grupal o de cualquier otra persona (incluyendo un proveedor de cuidado primario) para obtener acceso a cuidados obstétricos o ginecológicos de un profesional del cuidado médico en nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, puede ser necesario que el profesional del cuidado médico tenga que cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de una autorización previa para determinados servicios, siguiendo un plan de tratamiento aprobado previamente, o los procedimientos para hacer referencias. Para una lista de participantes profesionales del cuidado médico especializados en obstetricia o ginecología, consulte la información de contacto al final de estos avisos.

Aviso: Plan de salud de derechos adquiridos

Este plan de salud grupal o seguro de salud cree que este plan es un “plan de salud de derechos adquiridos” en virtud de la Ley de protección de pacientes y cuidado de salud de bajo precio (la Ley de cuidado de salud de bajo precio). Según permitido por la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio, un plan de salud de derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica ya vigente cuando se promulgó dicha ley. Ya que este es un plan de salud de derechos adquiridos, esto significa que el mismo podrá no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio que corresponden para otros planes; por ejemplo, la exigencia de proveer servicios preventivos de salud sin costo compartido. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor en la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio; por ejemplo, la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Dirija al administrador del plan sus preguntas acerca de qué protecciones corresponden y cuáles no corresponden para un plan de salud de derechos adquiridos y qué puede hacer que un plan deje de ser un plan de salud de derechos adquiridos. Usted también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado, Departamento de Trabajo de EE. UU., al (866) 444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web contiene una tabla con un resumen de qué protecciones corresponden y cuáles no corresponden para planes de salud de derechos adquiridos.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Nombre: Nancy Knihnisky
Título: Benefits Manager
Número de teléfono: (402) 242-6317
Otra información de contacto: nknihnisky@agemark.com

Aviso: Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.

Revísela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.
Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si no dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al (800) 368-1019 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
 - Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo

Ejemplo: : Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

- Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Y Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer. Para mayor información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>, disponible en español

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de vigencia de este aviso

1 de enero de 2022

Remarkable
CAREGIVERS