

— ACADEMIA —  
**CESAR CHAVEZ**

*¡SÍ SE PUEDE!*



# RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado por Kraus-Anderson Insurance

**AÑO DEL PLAN:  
2023/2024**



## DIRECCIÓN

1801 Lacrosse Ave  
St. Paul, MN 55119



## TELÉFONO

Principal : 651-778-2940



## EN LÍNEA

Sito web: [www.cesarchavezschool.com](http://www.cesarchavezschool.com)

## NOTA DE BIENVENIDA

En Academia Cesar Chavez, estamos comprometidos a brindarle un programa integral de beneficios para empleados que ayude a nuestros empleados a mantenerse saludables, sentirse seguros y mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

### EMPLEADOS EXISTENTES

Revise estos materiales e inscribese en sus beneficios a través de EASE durante su período de inscripción abierta programado.

### NUEVOS EMPLEADOS

¡Bienvenidos a la Academia Cesar Chavez! Como parte de su incorporación, deberá seleccionar sus beneficios a través de su programa de beneficios en línea llamado EASE. Debe inscribirse en línea durante este tiempo para recibir beneficios.

### ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para inscribirse en los beneficios disponibles de su empresa si es un empleado regular de tiempo completo programado para trabajar al menos 30 horas por semana. Para los empleados existentes, la cobertura estará vigente del 1 de Julio al 30 de Junio. Si es un empleado nuevo, los beneficios comienzan el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Los dependientes elegibles incluyen:

- Tu esposo/a legalmente casado
- Tus hijos/hijas hasta los 26 años

### EVENTOS CALIFICATIVOS

Las regulaciones del IRS restringen su capacidad de cambiar sus elecciones durante el año a menos que experimente un evento de vida calificado como:

- Casamiento
- Divorcio
- Nacimiento o adopción de un niño/a
- Muerte de un dependiente
- Cambios en su situación laboral o la de su cónyuge
- Una pérdida involuntaria de cobertura bajo otro plan

Tiene **30 días** a partir de la fecha del evento que califica para hacer cambios en su cobertura si los cambios son consistentes con el evento que califica. Asegúrese de notificar al administrador de su plan, luego se le brindará la oportunidad de realizar sus cambios utilizando el portal de inscripción de EASE. Puede realizar cambios en sus contribuciones a la HSA en cualquier momento durante el año; simplemente no puede exceder los límites anuales.

## CONTACTOS

Consulte esta lista cuando necesite ponerse en contacto con uno de nuestros socios de beneficios. Para obtener información general, comuníquese con el administrador de su plan.

	Médico: BlueCross BlueShield of Minnesota	866-286-2948	<a href="http://www.bluecrossmn.com">www.bluecrossmn.com</a>
	CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA): Associated Bank	800-270-7719	<a href="http://www.AssociatedBank.com">www.AssociatedBank.com</a>
	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA): Further by HealthEquity	800-859-2144	<a href="http://www.hellofurther.com">www.hellofurther.com</a>
	TELEMEDICINA: Nice Healthcare	763-412-1993	<a href="http://www.nice.healthcare.com">www.nice.healthcare.com</a>
	TELEMEDICINA: HealthiestYou by Teladoc	866-703-1259	<a href="http://www.healthiestyou.com">www.healthiestyou.com</a>
	DENTAL: Mutual of Omaha	800-775-8805	<a href="http://www.mutualofomaha.com">www.mutualofomaha.com</a>
	Vision: Mutual of Omaha	800-775-8805	<a href="http://www.mutualofomaha.com">www.mutualofomaha.com</a>
	VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D): Mutual of Omaha	800-775-8805	<a href="http://www.mutualofomaha.com">www.mutualofomaha.com</a>
	DISCAPACIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO: Mutual of Omaha	800-775-8805	<a href="http://www.mutualofomaha.com">www.mutualofomaha.com</a>
	ADMINISTRADOR DEL PLAN Arty Ortiz	651-778-2940	<a href="mailto:aortiz@cesarchavesschool.com">aortiz@cesarchavesschool.com</a>

## MÉDICO

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para cobertura médica el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Si es un empleado activo y elige la cobertura médica para usted, también puede cubrir a sus dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge e hijos dependientes menores de 26 años.

Su empleador aporta el 80 % de las primas médicas mensuales del empleado. Los dependientes elegibles pueden participar en el plan y esos costos son responsabilidad del empleado. Todas las porciones de las primas de empleados y dependientes se retienen de la nómina antes de impuestos.

### Información del plan

<b>Aseguradora:</b>	BlueCross BlueShield of MN
<b>Número de Grupo:</b>	10811936
<b>Año del plan:</b>	1 de Julio de 2023 al 30 de Junio de 2024
<b>Año deducible:</b>	Año calendario, el Deducible se acumula de Enero a Diciembre
<b>Plan Red:</b>	Los listados actuales de proveedores están disponibles en <a href="http://www.bluecrossmn.com">www.bluecrossmn.com</a>

Opciones de planes	\$3,000 – 100% HSA Plan T23075P Aware Network	
	Individual	Familia
<b>Deducible</b>	\$3,000	\$6,000
<b>Cuidado preventivo</b> <a href="http://www.healthcare.gov">www.healthcare.gov</a> para exámenes de detección cubierto	Sin cargo	
<b>Coseguro</b>	0% después del deducible	
<b>Desembolso máximo</b>	\$3,000	\$6,000
<b>Visita de oficina</b>	0% después del deducible	
<b>Cobertura de medicamentos recetados</b>	0% después del deducible Medicamentos preventivos: \$0, sin deducible (ver lista)	
	Las farmacias CVS/Target no están dentro de la red	
Costo del plant	Prima Mensual Total	Prima Mensual del Empleado
<b>Solo empleado/a</b>	\$600.87	\$120.17
<b>Empleado + Esposo/a</b>	\$,1343.70	\$863.00
<b>Empleado + Niño/a</b>	\$994.85	\$514.15
<b>Familia</b>	\$1,572.44	\$1,091.74

Consulte el resumen de beneficios de cobertura (SBC) de la aseguradora para obtener detalles específicos.

## CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana y que estén inscritos en un deducible alto correspondiente

Plan de salud ofrecido por la compañía son elegibles para HSA el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

### Información del Plan

Operador Bancario Associated Bank

Contribución: Academia Cesar Chavez aporta \$600 en Septiembre y \$600 en Enero.

### Que es un HSA?

- La cuenta de ahorros para la salud es una cuenta con ventajas impositivas que le permite a usted ya su empleador hacer contribuciones para pagar los gastos médicos calificados para usted y sus dependientes.
- Disponible cuando está cubierto por un plan de salud calificado con deducible alto (HDHP).
- Las contribuciones a la cuenta se realizan antes de impuestos mediante deducción de nómina, depósito directo o suma global.
- Los fondos se transfieren de un año a otro, ¡no lo use o lo pierda!
- Las oportunidades de inversión están disponibles.
- Las contribuciones se pueden cambiar a lo largo del año, sujeto a los límites de contribución anual.

### Gastos elegibles:

- Deducible, coseguro, medicamentos recetados, servicios dentales y de la vista.
- Primas de COBRA, algunas primas de Medicare y partes de las primas de seguro de atención a largo plazo.
- Para obtener información adicional sobre los gastos de atención de la salud reconocidos por la Sección 213(d) del Código de Rentas Internas, visite [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

### Beneficios fiscales (tres formas de recibir ahorros fiscales):

- Las contribuciones a la HSA están excluidas del impuesto federal sobre la renta.
- Los ingresos por intereses están libres de impuestos.
- Los retiros para gastos elegibles están exentos del impuesto federal sobre la renta. Withdrawals for eligible expenses are exempt from federal income tax.

2023 Aportes Máximos:	2024 Aportes Máximos:
Individual: \$3,850 por año calendario	Individual: \$4,150 por año calendario
Familia: \$7,750 por año calendario	Familia: \$8,300 por año calendario
55+ Puede contribuir un adicional \$1,000 por año calendario	55+ Puede contribuir un adicional \$1,000 por año calendario

**Reembolsos por Gastos Médicos Calificados:** Los retiros están libres de impuestos para el miembro y sus dependientes (hasta los 23 años, incluso si no están cubiertos por el plan de salud).

- Los gastos deben incurrirse después de que se establezca la HSA.
- Los gastos se reembolsan hasta el saldo de la HSA.
- No hay límites de tiempo sobre cuándo se pueden reembolsar los gastos después de que se haya establecido la cuenta.
- El miembro debe conservar los documentos para respaldar el reembolso.

**Reembolsos por Gastos Médicos No Calificados:** Withdrawal amount is counted as income.

- Se aplica un impuesto especial del 20%.
- Los retiros para mayores de 65 años se cuentan como ingresos y no se aplican impuestos especiales.

## CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para la FSA el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

### Información del Plan

**Operador Bancario** Further by HealthEquity  
**Número de Grupo:** TBD

### Cuenta de gastos Flexibles (FSA):

Bajo un Plan de la Sección 125 (también conocido como Cuenta Flexible para FSA), puede pagar su parte de la prima para planes de beneficios específicos patrocinados por el empleador con dólares antes de impuestos. También puede pagar los gastos médicos, dentales y de la vista elegibles que no estén cubiertos por sus planes de salud, dentales o de la vista (o los de su cónyuge); y gastos de cuidado de dependientes con dólares antes de impuestos bajo un plan de la Sección 125. Sus opciones dependerán de factores como su estado civil, nivel de ingresos, estado de dependiente y/o cobertura duplicada en el plan de su cónyuge.

#### Reembolso de atención Médica FSA:

Puede reservar hasta \$2,850 en una FSA de reembolso de atención médica cada año para ayudar a pagar los gastos médicos, dentales y de la vista de su bolsillo para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes. Hay un "úsalo o piérdelo", los fondos no utilizados no se reinvierten cada año. Debe gastar la cuenta a cero. O Hay una opción de "transferencia", los fondos no utilizados hasta \$610 pueden transferirse al año siguiente. A continuación se muestra una breve lista de tales gastos:

- Deducibles, coseguro y/o copagos bajo un plan de salud, dental u oftalmológico
- Anteojos, lentes de contacto, soluciones de limpieza y humectación
- Gastos de ortodoncia
- Cirugía ocular Lasik o queratotomía radial

#### Cuenta de gastos Flexibles Limitada: - Debe tener una HSA también!

Si es elegible para participar en una cuenta de ahorros para la salud, también puede ser elegible para participar en una cuenta de gastos flexibles limitada. Puede pagar los gastos dentales y de la vista elegibles que no estén cubiertos por sus planes dentales o de la vista (o los de su cónyuge) con dólares antes de impuestos en virtud de un plan de la Sección 125 limitada. Sus opciones dependerán de factores como su estado civil, nivel de ingresos, estado de dependiente y/o cobertura duplicada en el plan de su cónyuge.

#### Reembolso por cuidado de dependientes FSA:

Puede apartar hasta \$5,000 (hasta \$2,500 si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado) en una FSA de Reembolso de Cuidado de Dependientes cada año para ayudarlo a pagar sus gastos de cuidado de dependientes elegibles, como el cuidado diurno de su(s) hijo(s). ) o cuidado de ancianos.

Si, para mantener el empleo, está pagando servicios de cuidado de niños o ancianos, puede ser elegible para solicitar el reembolso de algunos o todos esos gastos a través de este programa. Los servicios de cuidado de niños o de ancianos pueden calificar para reembolso si cumplen con estos requisitos:

- El niño/a debe ser menor de 13 años o, si es mayor, mental o físicamente incapaz de cuidar de sí mismo.
- Debe ser proporcionado por una instalación o cuidador con un número de identificación fiscal registrado.
- Los servicios pueden ser proporcionados dentro o fuera de su hogar, pero no por alguien que sea su dependiente para efectos del impuesto sobre la renta, como un hijo mayor, su cónyuge o un abuelo que vive con usted.

#### Gastos elegibles:

Consulte la sección 213(b) del Código de Rentas Internas, se puede encontrar en [www.irs.gov](http://www.irs.gov)

## TELE-MEDICINA

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para telemedicina el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Los empleados elegibles deben estar inscritos en el plan médico.

### Información del plan

Aseguradora: NICE

### NICE:

Con NICE puede conectarse con un médico, recibir tratamiento y obtener recetas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana por teléfono o a través de la aplicación móvil. Usar Nice ahorrará en copagos y deducibles y es GRATIS para usar si está en el plan médico. El beneficio está disponible para los empleados que eligen el plan de salud grupal. También está disponible para los miembros de su familia (es decir, cónyuge e hijos), incluso si no están cubiertos por su plan de salud.

Nota: el programa no está disponible para personas mayores de 65 años debido a las regulaciones de CMS/Medicare.

### NICE:

- Medicina general
- Administrar recetas, fisioterapia, apoyo de bienestar. Equipo dedicado al éxito del cliente  
Tratar resfriados, gripe, estreptococos, infecciones de oído, conjuntivitis, erupciones cutáneas  
Manage chronic diseases, pregnancy support, and more.
- 550 + Medicamentos gratis
  - Más de 100 medicamentos agudos, más de 400 medicamentos crónicos, 60 % de los medicamentos recetados, más de 500 medicamentos agregados desde 2019.60,000 participating pharmacies
- Medicamentos crónicos entregados por correo.
- Una médico acude a usted si es necesario:
  - Exámenes físicos
  - Pruebas rápidas
  - Extracción de sangre
  - Exámenes de laboratorio
  - Imágenes
- Walgreen's no es un participante.
- Salud Mental:
  - Nice agregó recientemente la terapia de salud mental a su larga lista de servicios que podemos brindar para ayudar a tratar problemas de salud mental y de comportamiento.
  - Otros servicios incluyen exámenes de detección, administración de recetas y remisiones a especialistas.
- Terapia Física:
  - Reunirse con un Nice proveedor
  - Referencia para fisioterapia GRATIS
  - Reunirse con un fisioterapeuta

## TELE-MEDICINA

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para la telemedicina el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Los empleados deben optar por la cobertura y es 100% pagado por Academia Cesar Chavez. Los empleados que están inscritos en la cobertura médica pueden optar por HealthiestYou o NICE.

### Información del plan

**Aseguradora:** HealthiestYou powered by Teladoc

**Número de grupo** TBD

### HealthiestYou:

Con HealthiestYou puede conectarse con un médico, recibir tratamiento y obtener recetas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana por teléfono o mediante la aplicación móvil. Usando HealthiestYou ahorrará en copagos y deducibles, y es GRATIS. Sus dependientes también son elegibles para usar HealthiestYou si está inscrito en el plan médico, ya sea que estén en el plan o no.

### HealthiestYou COMPLETE:

- Medicina general
  - Atención médica conveniente y de alta calidad disponible en médicos certificados por la junta de los Estados Unidos por teléfono o video.
- Equipo dedicado al éxito del cliente
  - Desde los cronogramas de implementación hasta la estrategia de comunicación y el seguimiento. El equipo de éxito del cliente diseñará la hoja de ruta para garantizar que cada miembro esté equipado con las herramientas para tener éxito.
- Herramientas de transparencia de precios
  - Los motores de comparación de precios ayudan a los miembros a tomar decisiones informadas y ahorrar dinero en procedimientos y recetas.
- Alertas inteligentes
  - Alertas sensibles a la ubicación que envían recordatorios de beneficios.
- Búsqueda de proveedor
  - La aplicación HealthiestYou puede identificar proveedores e instalaciones cerca de la ubicación actual del miembro.
- Cuidado de la salud conductual
  - Los miembros tienen acceso a profesionales de salud mental con licencia, con la opción de recibir atención continua de un proveedor de su elección.
- Dermatología
  - Estados Unidos certificado los dermatólogos revisan las imágenes y brindan un diagnóstico y un plan de tratamiento.
- Cuidado de la Espalda
  - Programas personalizados de cuidado de la espalda con videos y acceso a entrenadores de salud certificados.
- Servicios médicos expertos
  - Revisiones detalladas de diagnósticos existentes y planes de tratamiento de los principales expertos del mundo.
- Nutrición
  - Los miembros trabajan directamente con dietistas registrados que evalúan las necesidades de nutrición clínica y desarrollan programas personalizados que incluyen planes de comidas personalizados y guías de compras.

## DENTAL

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para cobertura dental el mes siguiente a la fecha de contratación.

Si es un empleado activo y elige la cobertura para usted, también puede cubrir a sus dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge e hijos dependientes menores de 26 años.

Su empleador aporta el 80% de las primas mensuales del empleado. Los dependientes elegibles pueden participar en el plan y esos costos son responsabilidad del empleado.

### Información del plan

<b>Aseguradora:</b>	Mutual of Omaha
<b>Número de grupo:</b>	G000C55J
<b>Año del plan:</b>	1 de Julio de 2023 al 30 de Junio de 2024
<b>Plan Red:</b>	Los listados actuales de proveedores están disponibles en <a href="http://www.mutualofomaha.com">www.mutualofomaha.com</a>

	Mutual of Omaha	
Red	En red	Fuera de la red
Deducible individual	\$50	\$50
Deducible familia	\$150	\$150
Máximo Anual (por persona)	\$1,500	
Servicios Preventivos	100%	80%
Servicios basicos	80%	50%
Servicios principales	50%	50%
Costo del plant	Total Mensual De primera calidad	Empleado Mensual De primera calidad
Solo empleado/a	\$35.08	\$7.02
Empleado + Esposo/a	\$67.28	\$39.22
Empleado + Niño/a	\$81.67	\$53.61
Familia	\$128.19	\$100.13

Consulte el resumen del transportista para obtener detalles específicos.

## VISIÓN

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para cobertura dental el mes siguiente a la fecha de contratación.

Si es un empleado activo y elige la cobertura para usted, también puede cubrir a sus dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge e hijos dependientes menores de 26 años.

Su empleador aporta el 100% de las primas mensuales del empleado. Los dependientes elegibles pueden participar en el plan y esos costos son responsabilidad del empleado.

### Información del plan

<b>Aseguradora:</b>	Mutual of Omaha
<b>Número de grupo:</b>	G000C55J
<b>Año del plan:</b>	1 de Julio de 2023 al 30 de Junio de 2024
<b>Plan Red:</b>	Los listados actuales de proveedores están disponibles en <a href="http://www.mutualofomaha.com">www.mutualofomaha.com</a>

Visión	Mutual of Omaha (Red EyeMed Insight)	
Exámenes de la vista (cada 12 meses)	\$10 copago	
Monturas (cada 12 meses)	Asignación de \$150 + 20 % de descuento en el saldo restante	
Lentes (cada 12 meses)	\$10 copago	
Contactos (cada 12 meses)	Asignación de \$150 + 15 % de descuento en el saldo restante	
Corrección de la visión con láser	Hasta un 25 % de descuento minorista y una asignación de por vida de \$150	
Los miembros pueden recibir beneficios para anteojos O lentes de contacto en un período de 12 meses, no para ambos.		
Costo del plan	Total Mensual De primera calidad	Empleado Mensual De primera calidad
Solo empleado/a	\$8.35	\$0
Empleado + Esposo/a	\$19.25	\$10.90
Empleado + Niño/a	\$21.25	\$12.90
Familia	\$32.50	\$24.15

Consulte el resumen del transportista para obtener detalles específicos.

## VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para el seguro de vida y AD&D el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

**Aseguradora:** Mutual of Omaha  
**Número de grupo:** G000C55J

Se le brinda cobertura por un monto de \$50,000. Los empleados elegibles se inscriben automáticamente sin costo y sin evidencia de asegurabilidad (EOI).

Debe designar un beneficiario para esta cobertura.

Consulte el certificado de beneficios para conocer el cronograma de reducción de edad.

Consulte el resumen del transportista para obtener detalles específicos.

## VIDA VOLUNTARIA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

	Vida voluntaria y AD&D
<b>Beneficio del empleado</b>	Incrementos de \$ 10,000 a un salario máximo de 5x o \$ 500,000
<b>Beneficio para el Esposo/a</b>	Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$250,000 *que no exceda el 10% del beneficio del empleado
<b>Prestación por hijo/a</b>	Edad 14 días a 6 meses: \$250 6 meses hasta los 19 años (hasta los 25 años si es estudiante de tiempo completo): \$10,000 Los niños recién nacidos hasta los 14 días de edad no son elegibles para el beneficio
<b>Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&amp;D)</b>	Incluido
<b>Emisión de garantía</b>	Empleados menores de 65 años: \$100,000 Cónyuge menor de 65 años: \$30,000 Hijos dependientes: \$10,000
<b>Reducción de Edad</b>	<b>Empleado:</b> 35% a los 65 años; 25% adicional del monto original a los 70 años; 15% adicional del monto original a los 75 años; 15% adicional del monto original a los 80 años; Los beneficios terminan con la jubilación <b>Esposo/a:</b> 35 % a los 65 años de edad del cónyuge Los beneficios terminan a los 70 años de edad del cónyuge o cuando se jubila, lo que ocurra primero

Consulte el resumen del transportista para obtener detalles específicos.

## DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para el seguro de vida y AD&D el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

**Aseguradora:** Mutual of Omaha  
**Número de grupo:** G000C55J

La cobertura está diseñada para proteger a los empleados de la pérdida de ingresos y otras dificultades financieras asociadas con la ausencia del trabajo debido a una lesión o enfermedad.

Su empleador ofrece cobertura para esos eventos de vida no programados. La cobertura puede ayudarlo a mantenerse financieramente estable en caso de que se lesione o se enferme y no pueda trabajar.

Su empleador aporta el 100% de las primas mensuales del empleado.

	Discapacidad a Corto Plazo
<b>Período de Eliminación</b>	7 días por Accidente 7 días por Enfermedad
<b>Porcentaje de ingresos reemplazados</b>	60% de los ingresos semanales
<b>Beneficios Máximos a Pagar</b>	\$1,500 por semana
<b>Duración Máxima de Maternidad</b>	6 semanas para parto normal 8 semanas para cesárea (incluye período de eliminación)
<b>Duración Máxima del Beneficio</b>	12 semanas
<b>Condiciones Pre-existentes</b>	No se aplica
<b>Tributación de Beneficios</b>	El beneficio está sujeto a impuestos

Consulte el resumen del transportista para obtener detalles específicos.

## DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para el seguro de vida y AD&D el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

**Aseguradora:** Mutual of Omaha  
**Número de grupo:** G000C55J

La cobertura está diseñada para proteger a los empleados de la pérdida de ingresos y otras dificultades financieras asociadas con la ausencia del trabajo debido a una lesión o enfermedad.

Su empleador aporta el 100% de las primas mensuales del empleado.

	Discapacidad a Largo Plazo
<b>Período de Eliminación</b>	90 días de Incapacidad
<b>Porcentaje de Ingresos Reemplazados</b>	60% de los ingresos mensuales
<b>Beneficios Máximos a Pagar</b>	\$5,000 por mes
<b>Duración Máxima del Beneficio</b>	Ocupación propia: 2 años Cualquier ocupación: hasta la Edad de Jubilación del Seguro Social
<b>Condiciones Pre-existentes</b>	Si un asegurado queda discapacitado en los primeros doce meses de cobertura, el equipo de reclamos realizará una investigación de diagnóstico preexistente tres meses antes de la fecha de entrada en vigencia del individuo.
<b>Tributación de Beneficios</b>	El beneficio está sujeto a impuestos

Consulte el resumen del transportista para obtener detalles específicos.

## VOLUNTARY PRODUCTS

### Quién es elegible y cuándo:

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para productos voluntarios el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Aseguradora: Colonial Life

El seguro voluntario adicional está disponible a través de Colonial Life y es 100% pagado por el empleado. Las opciones disponibles incluyen:

- Seguro de Vida a Término Voluntario
- Seguro de Vida Universal
- Seguro de Vida Entera
- Seguro de enfermedades críticas
- Seguro de accidents
- Seguro contra el Cáncer
- Seguro de enfermedades específicas

## GLOSARIO

*El glosario es para los términos generales de los beneficios y es posible que no todos se apliquen a su (s) plan (s).*

**Cantidad permitida:** la cantidad más alta que cubrirá (pagará) un servicio.

**Período de beneficios:** cuando los servicios están cubiertos por su plan. También define el momento en que se acumulan los máximos de beneficios, los deducibles y los límites de coseguro. Tiene una fecha de inicio y finalización. A menudo es un año calendario para los planes de seguro médico. Ejemplo: Puede tener un plan con un período de beneficios del 1 de enero al 31 de diciembre que cubra 10 visitas de fisioterapia. No se cubrirá la undécima sesión o más.

**Marca:** un medicamento recetado que se fabrica y comercializa con una marca comercial o nombre por un fabricante de medicamentos específico, o que se identifica como un producto de marca.

**Coseguro:** un cierto porcentaje que debe pagar en cada período de beneficios después de haber pagado su deducible. Este pago es solo por servicios cubiertos. Es posible que aún tenga que pagar un copago. Ejemplo: su plan podría cubrir el 80 por ciento de su factura médica. Tendrá que pagar el 20 por ciento restante. El 20 por ciento es el coseguro.

**Límite de coseguro (o máximo):** lo máximo que pagará en costos de coseguro durante un período de beneficios.

**Condición:** una lesión, dolencia, enfermedad o trastorno.

**Contrato:** el acuerdo entre una compañía de seguros y el titular de la póliza.

**Coordinación de beneficios (COB):** un proceso para determinar quién paga primero cuando dos o más planes de seguro médico son responsables de pagar el mismo reclamo médico. Es posible que deba completar un formulario de la(s) aseguradora(s) para ayudar con esta determinación. Los reclamos generalmente se retienen hasta que se establece COB.

**Copago (Copago):** la cantidad que paga a un proveedor de atención médica en el momento en que recibe los servicios. Es posible que deba pagar un copago por cada visita cubierta a su médico, según su plan. No todos los planes tienen copago.

**Cargos cubiertos:** cargos por servicios cubiertos que pagó su plan de salud. Puede haber un límite en los cargos cubiertos si recibe servicios de proveedores fuera de la red de proveedores de su plan.

**Persona cubierta:** cualquier persona cubierta por el plan.

**Servicio cubierto:** el servicio o los suministros médicos de un proveedor de atención médica cubiertos por su plan de salud. Se otorgarán beneficios por estos servicios según su plan.

**Cobertura acreditable:** cobertura de una persona bajo cualquiera de estos:

Un plan de salud grupal. Esto incluye planes gubernamentales y de la iglesia.

Cobertura de seguro médico.

Medicare (Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social).

Medicaid (Título XIX de la Ley del Seguro Social, que no sea la cobertura que consiste solo en beneficios bajo la Sección 1928).

El plan de salud para el personal militar en activo. Esto incluye TRICARE.

El Servicio de Salud Indígena u otro programa de organización tribal.

Un grupo estatal de riesgos para la salud.

El Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

Un plan de salud pública (como se define en las regulaciones federales).

Un plan de beneficios de salud bajo la sección 5 (c) de la Ley del Cuerpo de Paz.

Cualquier otro plan que brinde servicios hospitalarios, médicos y quirúrgicos completos.

**Deducible:** el monto que paga por sus servicios de atención médica antes de que pague su aseguradora de salud. Los deducibles se basan en su período de beneficios (generalmente un año a la vez). Ejemplo: si su plan tiene un deducible anual de \$ 2,000, se espera que pague los primeros \$ 2,000 por sus servicios de atención médica. Una vez que alcance los \$ 2,000, su aseguradora de salud cubrirá el resto de los costos.

**Cobertura para dependientes:** cobertura para sus dependientes que califican.

**Condición médica de emergencia:** un problema médico con síntomas repentinos y graves que deben tratarse rápidamente. En una emergencia, una persona sin capacitación médica y con un conocimiento promedio de salud / medicina podría esperar razonablemente que el problema pudiera:

Poner en grave riesgo la salud de una persona.

Poner en grave riesgo la salud del feto.

Provocar daños graves al cuerpo de la persona y al funcionamiento de su cuerpo.

Provocar daños graves en el órgano de una persona o en cualquier parte de la persona.

**Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico experimentales o en investigación:** no están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) o no se consideran el estándar de atención

**Explicación de beneficios:** explicación por escrito de la compañía de seguros de salud sobre cómo se pagó un reclamo médico. Contiene información detallada sobre lo que pagó la empresa y de qué parte de los costos usted es responsable.

**Genérico:** un medicamento recetado que es químicamente equivalente a un medicamento de marca; o que el administrador de reclamos identifica como un producto genérico basado en los recursos de datos disponibles.

**Evaluación de salud:** una encuesta de salud que mide su salud actual, los riesgos de salud y la calidad de vida.

**Servicios para pacientes hospitalizados:** servicios que se reciben cuando se ingresa en un hospital y se cobra un cargo por alojamiento y comida.

**Institución (institucional):** un hospital u otra instalación determinada.

**Tutor legal:** la persona que cuida a un niño y toma decisiones sobre la atención médica del niño. Esta persona es el padre natural o un tribunal de justicia lo designó como cuidador.

**Atención médica:** servicios médicos recibidos de un proveedor o centro de atención médica para tratar una afección.

**Medicamento necesario (o necesidad médica):** servicios, suministros o medicamentos recetados que se necesitan para diagnosticar o tratar una afección médica. Además, una aseguradora debe decidir si esta atención es:

Aceptado como práctica estándar. No puede ser experimental o de investigación.

No solo para su conveniencia o la conveniencia de un proveedor.

La cantidad correcta o el nivel de servicio que se le puede brindar.

Ejemplo: La atención hospitalaria es médicamente necesaria si su afección no puede tratarse adecuadamente como un servicio ambulatorio.

**Medicare:** un programa federal para personas de 65 años o más que paga ciertos gastos de atención médica.

**Proveedor de la red / Proveedor dentro de la red:** un proveedor de atención médica que forma parte de la red de un plan.

**Cargos no cubiertos:** cargos por servicios y suministros que no están cubiertos por el plan de salud. Los ejemplos de cargos no cubiertos pueden incluir cosas como acupuntura, cirugía para bajar de peso o asesoramiento matrimonial. Consulte su plan para obtener más información.

**Proveedor fuera de la red / Proveedor fuera de la red:** un proveedor de atención médica que no forma parte de la red de un plan. Los costos asociados con proveedores fuera de la red pueden ser más altos o no estar cubiertos por su plan. Consulte su plan para obtener más información.

**Servicios para pacientes ambulatorios:** servicios que no necesitan pasar la noche en un hospital. Estos servicios a menudo se brindan en el consultorio de un médico, un hospital o una clínica.

**Costo de bolsillo:** costo que debe pagar. Los costos de bolsillo varían según el plan y cada plan tiene un costo de bolsillo máximo (MOOP). Consulte su plan para obtener más información.

**Por miembro por mes (PMPM):** el costo o la cantidad promedio por mes según la membresía activa.

**Condición preexistente:** un problema de salud que ha sido diagnosticado, o por el cual ha sido tratado, antes de comprar un plan de seguro médico.

**Atención preventiva:** atención regular que generalmente es realizada por un médico de atención primaria (por ejemplo, exámenes físicos, exámenes de salud).

**Proveedor de atención primaria:** un médico (MD - Doctor en medicina o DO - Doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que brinda, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de atención médica. servicios.

**Proveedor (proveedor de atención médica):** hospital, centro, médico u otro profesional de la salud autorizado.

**Proveedor de atención de urgencia:** proveedor de servicios para problemas de salud que necesitan ayuda médica de inmediato pero que no son afecciones médicas de emergencia.

**Especialista:** médico que se especializa en un área específica de la medicina.

# Simplifique su vida con atención médica gratuita.

Acceda a los médicos y terapeutas por teléfono, video o aplicación.



## **Hablar con un médico 24/7 \$0 Copago**

Hablar con un médico por teléfono o video 24/7, en cualquier lugar!



## **Obtenga asesoramiento médico especializado. \$0 Copago**

Recibir una segunda opinión sobre el diagnóstico y el tratamiento existente para cualquier condición!



## **Asesoramiento confidencial \$0 Copago**

Hablar con un terapeuta siete días a la semana, desde donde se encuentre!



## **Cuidado de la espalda \$0 Copago**

Aliviar el dolor de espalda a través de videos y entrenamiento guiado!



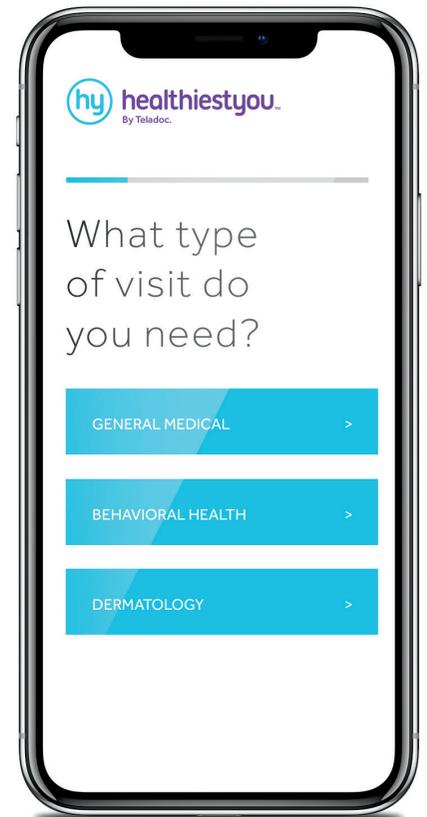
## **Alivio de los problemas de la piel. \$0 Copago**

Subir fotos de su condición y obtener un plan de tratamiento de un dermatólogo!



## **Nutricion \$0 Copay**

Hable con un dietista registrado para que le ayude a mantenerse saludable, comer bien, o el manejo de una condición de salud como diabetes o presión arterial alta.



## Programe su visita hoy mismo gratuita y fácil.

HealthiestYou.com | 866-703-1259

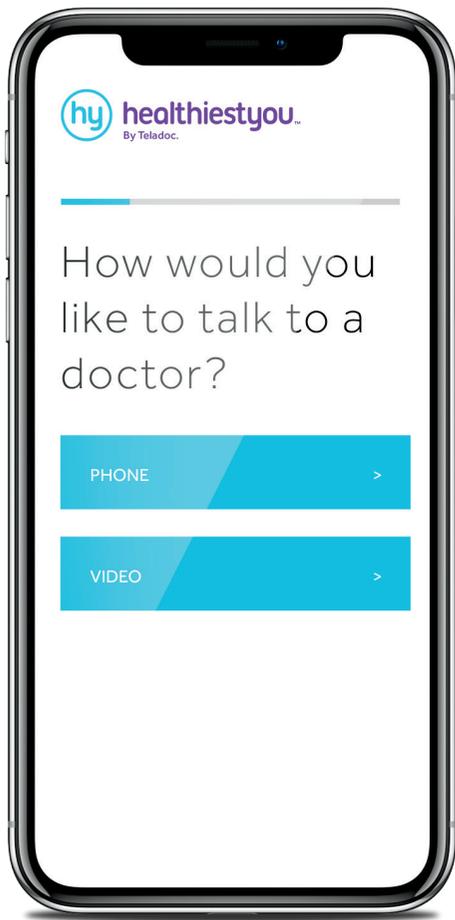




healthiestyou™  
By Teladoc.

Se tu mas **Saludable tu**

# Configurar su cuenta HealthiestYou en 4 sencillos pasos.



Descargue la aplicación para conectarse a los médicos de forma gratuita por teléfono o video las 24 horas, los 7 días de la semana, compre las recetas de menor costo y mucho más.

- 1** Descarga la aplicación  
Busque "HealthiestYou" en la tienda de aplicaciones o en Google Play.
- 2** Configurar tu cuenta  
Una vez que hayas descargado la aplicación, selecciona "Registrarse", luego elige "Empleado" como tu tipo de membresía.
- 3** Introduzca la información de contacto básica  
Escriba su apellido, fecha de nacimiento y código postal.
- 4** Escriba su información de seguridad  
Ingrese una dirección de correo electrónico válida, una contraseña, el mejor número para que nuestros médicos lo contacten, su idioma preferido y acepte los términos y condiciones.



[HealthiestYou.com](https://www.healthiestyou.com) | [866-703-1259](tel:866-703-1259) | [Descarga la aplicación](#) |  | 

Teladoc Health, Inc., abarca marcas de consumo: Teladoc, Best Doctors, Advance Medical y HealthiestYou. Aunque los datos contenidos en este documento se han producido a partir de fuentes que se consideran confiables (como se menciona aquí), no se otorga ninguna garantía expresa o implícita con respecto a la precisión, la adecuación, la integridad, la legalidad, la confiabilidad o la utilidad de cualquier información. Teladoc Health, Inc., no será responsable de ningún uso indebido o incorrecto de la información descrita y/o contenida en este documento y no asume ninguna responsabilidad por el uso de la información por parte de cualquier persona. Además, la inclusión de datos derivados de otras fuentes no constituye un respaldo por parte de Teladoc Health, Inc. Es responsabilidad del usuario evaluar el contenido y la utilidad de la información obtenida de otros sitios.

HealthiestYou es ahora parte de Teladoc Health, el líder mundial en atención virtual.

Teladoc Health, Inc., en su propio nombre y en nombre de sus filiales y/o subsidiarias de propiedad total, incluidas, entre otras: Best Doctors, Inc.; HealthiestYou, Inc.; Teladoc Physicians, P.A., y Teladoc Behavioral Health, P.A. (denominados en conjunto como "Teladoc Health", "we", "us" o "our"), posee y opera los sitios web ubicados en [www.teladoc.com](https://www.teladoc.com), [www.bestdoctors.com](https://www.bestdoctors.com), [www.asbestdoctor.com](https://www.asbestdoctor.com), [miembros.bestdoctors.com](https://miembros.bestdoctors.com), [www.healthiestyou.com](https://www.healthiestyou.com), y varias aplicaciones móviles (en conjunto, el "sitio" o "sitios"). A través de estos sitios, operamos varios servicios en línea que permiten a las personas elegibles ("miembros") recibir diversos tipos de información de atención médica y servicios de telemedicina ("servicios"). Los sitios también tienen partes públicas que permiten a cualquier persona informarse sobre los servicios disponibles en Teladoc Health. 10E-207B\_249105700\_07272018

**Dondequiera que vaya,**  
hable gratis con un médico por teléfono o video  
las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Llame gratis a HealthiestYou para configurar su cuenta, completar su historial médico y hablar con un médico cuando lo necesite.

**Tome el control de su salud con visitas gratuitas al médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana en su hogar o mientras se desplaza.**



**Consulte a un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Hable con un médico con licencia por teléfono o video desde cualquier lugar



**Ahorre dinero**

Busque los medicamentos con receta más baratos disponibles en su área



**Busque una farmacia cercana**

Ubique una farmacia cercana para retirar los medicamentos con receta que le hayan indicado en su visita al médico\*

\*Los medicamentos se recetan solo cuando es médicamente necesario



**Llame a HealthiestYou y programe consultas médicas gratuitas**

866-703-1259 | HealthiestYou.com

# Servicios disponibles Cuando más necesita ayuda



La vida no siempre es sencilla. A veces, un problema personal o profesional puede afectar su trabajo, su salud y su bienestar general. Durante estos tiempos difíciles, es importante tener alguien con quien hablar para saber que no está solo.

Con el Programa de asistencia para empleados de Mutual of Omaha, puede obtener la ayuda que necesita para pasar menos tiempo preocupándose por los desafíos en su vida y poder volver a ser el trabajador productivo del que depende su empleador para hacer el trabajo.

Obtenga más información sobre los servicios del Programa de Asistencia para Empleados disponibles para usted.

Estamos aquí para su servicio

Visite el sitio web del Programa de Asistencia para Empleados para ver artículos y recursos oportunos sobre una variedad de temas de finanzas, bienestar, salud conductual y mental.

**[mutualofomaha.com/eap](http://mutualofomaha.com/eap)  
o llámanos: 800-316-2796**

## Servicios básicos del EAP

Características	Valor para la empresa y los empleados
<b>Servicios clínicos para las familias de los empleados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un equipo interno de profesionales de EAP con nivel de maestría que están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para Proporcionar evaluaciones individuales</li> <li>Excelente servicio al cliente de un equipo dedicado a la capacitación y educación continua en cuestiones de asistencia para los empleados</li> <li>Acceso a expertos en la materia en el campo de la prestación de servicios del EAP</li> </ul>
<b>Opciones de consultoría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tres llamadas por año (por hogar) con nuestros profesionales internos de EAP de nivel de Maestría, quienes brindarán a la persona recursos de la comunidad</li> <li>Los recursos adicionales en la comunidad o posibles opciones de asesoramiento deben ser pagados por el empleado</li> </ul>

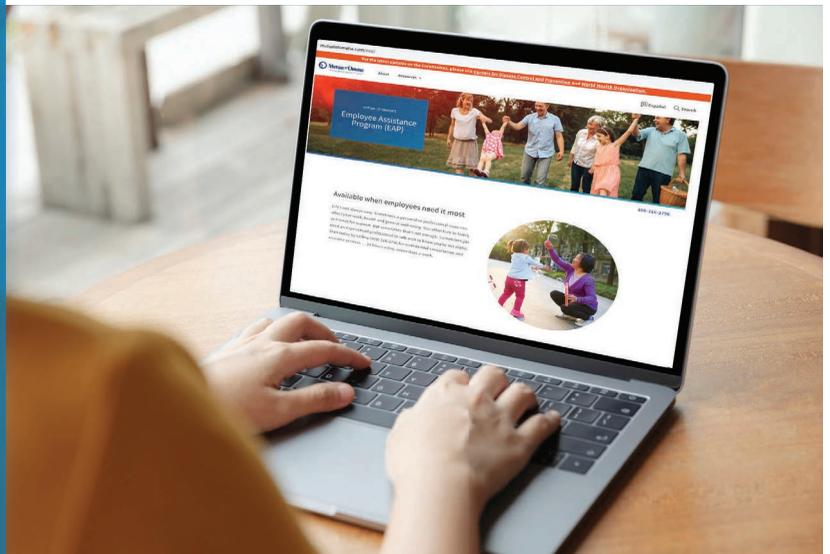
Continúa en el reverso.

## Servicios básicos del EAP (continuación)

Características	Valor para la empresa y los empleados
<b>Acceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Línea gratuita con acceso directo a un profesional de EAP de nivel de maestría</li> <li>▪ Servicios disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año</li> <li>▪ Soporte telefónico disponible en más de 120 idiomas</li> <li>▪ Formulario de envío en línea disponible para solicitudes de servicio del EAP</li> </ul>
<b>Servicios en línea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un sitio web inclusivo con recursos y enlaces para asistencia adicional, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eventos y recursos actuales</li> <li>▪ Familia y relaciones</li> <li>▪ Bienestar emocional</li> <li>▪ Bienestar financiero</li> <li>▪ Abuso de sustancias y adicción</li> <li>▪ Asistencia legal</li> <li>▪ Bienestar físico</li> <li>▪ Vida laboral y carrera profesional</li> <li>▪ Biblioteca de artículos bilingües</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios legales para las familias de los empleados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos valiosos disponibles a través del sitio web</li> <li>▪ Bibliotecas y herramientas legales</li> <li>▪ Formularios legales</li> <li>▪ 1 consulta legal con un abogado por año (hasta 30 minutos)</li> <li>▪ 25% de descuento por servicios legales continuos por el mismo problema</li> </ul>
<b>Servicios para la vida personal/laboral familiar para empleados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos y derivaciones para el cuidado infantil</li> <li>▪ Recursos y derivaciones para el cuidado de personas de mayor edad</li> </ul>
<b>Servicios financieros para las familias de los empleados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plataforma financiera inclusiva impulsada por Enrich</li> <li>▪ Herramienta de evaluación financiera personal</li> <li>▪ Cursos, artículos y recursos personalizados para satisfacer las necesidades financieras</li> <li>▪ Informes de progreso en curso sobre salud financiera</li> </ul>
<b>Comunicación con los empleados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos los materiales disponibles en inglés y español.</li> </ul>
<b>Elegibilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empleados de tiempo completo y sus familiares inmediatos; incluido el empleado, cónyuge e hijos dependientes (solteros y menores de 26 años) que residen con el empleado</li> </ul>
<b>Coordinación con los planes de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los profesionales de EAP coordinarán los servicios con los recursos / proveedores de tratamiento dentro la red de seguro médico del empleado para proporcionar servicios de asesoramiento cubiertos por los beneficios del seguro médico, siempre que sea posible</li> </ul>

Los servicios y productos de seguros son ofrecidos por Mutual of Omaha Insurance Company o una de sus filiales. La mutual de Omaha Insurance Company está autorizada en todo el país. United of Omaha Life Insurance Company está autorizada en toda la nación, excepto en Nueva York. Companion Life Insurance Company está autorizada en Nueva York. Cada compañía de suscripción es la única responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Se pueden aplicar algunas exclusiones o limitaciones.

# Our New Financial Wellness Tool Can Benefit You



How do you feel about your current financial situation? Nearly half of all employees nationwide say they worry about their personal finances while at work.\* We don't want you to be part of that statistic.

To help you make better informed financial decisions, you now have access to a new financial wellness tool that's part of Mutual of Omaha's Employee Assistance Program.

The financial wellness tool from Enrich is a convenient, one-stop shop that provides you access to a variety of informational and educational resources with one goal in mind - to help you become financially healthy.

## Here are the resources you'll find in the financial wellness tool:

- Online courses
- Webinars and financial coaching videos
- Budgeting tools and calculators
- Career development tools
- Chat functionality for technical support
- *And more!*

The availability of this tool comes at a great time as you are putting more focus and effort into exploring solutions to your financial situation.



### Here's how it works:

Go to [mutualofomaha.com/eap](https://mutualofomaha.com/eap).

Click on **Managing Finances** to locate the Enrich link.

Click **Sign Up**.

Complete **registration** information and begin.

### Set up your profile:

It's as easy as 1-2-3!

1. Complete your Financial Wellness Checkup. This will help Enrich make personalized recommendations for content, tools and courses.
2. Choose a cover photo of your top financial goals.
3. Upload a profile photo.



\* Source: PwC's 9<sup>th</sup> annual Employee Financial Wellness Survey, PwC US, 2020.

This is not health insurance. Financial Wellness tools are offered through igrad. Although Mutual of Omaha Insurance Company (Mutual of Omaha) makes Enrich's services available to EAP customers, the use of Enrich's services is entirely voluntary. Mutual of Omaha does not provide, are not responsible for, do not assume an liability for and do not guarantee the accuracy, adequacy or results of any service, advice or documents provided by Enrich. Mutual of Omaha is not responsible and do not assume liability for any disclosure of personal data or information by Enrich. Services are only available to EAP customers of Mutual of Omaha.

# Asistencia mundial en viajes que viaja con usted



Sienta la tranquilidad de saber que la asistencia en viajes\* lo acompaña por el mundo, le brinda acceso a una red de profesionales que pueden ayudarlo con las referencias médicas locales o proporcionarle otros servicios de asistencia para emergencias en otros países.

**Disfrute de su viaje. Estaremos a su disposición si nos necesita, las 24 horas del día, los siete días de la semana**

La asistencia en viajes puede ayudarlo a evitar sacudidas inesperadas en el camino en cualquier parte del mundo. Para usted, su cónyuge y menores dependientes en cualquier viaje de hasta 120 días de duración, a más de 100 millas de su hogar.

## Asistencia previa al viaje\*\*

Para minimizar las molestias de los viajes, llámenos antes de su partida y consulte lo siguiente:

- Información sobre su pasaporte, visa o cualquier otra documentación requerida para viajes al extranjero
- Requisitos sanitarios, aduaneros y de vacunas de otros países
- Pronósticos locales e internacionales
- Tipo de cambio con actualización diaria
- Ubicaciones de consulados y embajadas

\*Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha Insurance Company. Servicios proporcionados por AXA Assistance USA (AXA)

\*\*Disponible en cualquier momento, no sujeto al radio de distancia de 100 millas

452632\_SP

## Servicios de asistencia en viajes para casos de emergencia

- Servicios telefónicos de traducción e interpretación: acceso las 24 horas, todos los días, a servicios telefónicos de traducción
- Localización de servicios legales: remisiones a fiscalías u oficinas consulares locales y asistencia en el mantenimiento de las comunicaciones familiares y empresariales hasta que se contrate un asesor legal (incluye la coordinación de la asistencia financiera para fianzas/cauciones)
- Equipaje: asistencia con la pérdida, el robo o la demora del equipaje cuando el viaje se realice en transporte público
- Dinero en efectivo y pago de emergencia: asistencia con el adelanto de fondos para gastos médicos u otras emergencias en viajes mediante la coordinación con la compañía de su tarjeta de crédito, banco, empleador u otra fuente de crédito; se incluyen los acuerdos de dinero en efectivo en caso de emergencia con amigos, familiares, empresas o tarjetas de crédito
- Mensajes de emergencia: asistencia con la grabación y la recuperación de mensajes entre usted, su familia y socios comerciales en cualquier momento
- Reposición de documentos: coordinación para la reposición de la tarjeta de crédito, el pasaje aéreo u otro documento



## ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES

Servicios disponibles para viajes corporativos y personales.

En caso de consultas dentro de los EE. UU., llame a la línea gratuita:

**1-800-856-9947**

Fuera de los EE. UU., llame a la línea de cobro revertido:

**(312) 935-3658**



## ASISTENCIA MUNDIAL EN VIAJES

Servicios disponibles para viajes corporativos y personales.

En caso de consultas dentro de los EE. UU., llame a la línea gratuita:

**1-800-856-9947**

Fuera de los EE. UU., llame a la línea de cobro revertido:

**(312) 935-3658**

- Devolución de vehículo: en caso de que sea necesaria la evacuación o la repatriación, se ofrece la devolución del vehículo sin utilizar a la compañía de alquiler de automóviles

## Asistencia médica

- Búsqueda de proveedores médicos y referencias
- Comunicación sobre su estado de salud a familiares, médicos, empleadores, compañías de viajes y consulados
- Evacuación de emergencia si no hay centros médicos adecuados disponibles, incluido el pago de los gastos cubiertos
- Traslado a su domicilio para otro tratamiento; en caso de muerte, asistencia en el traslado de los restos mortales
- Coordinación del transporte para la visita de un familiar o amigo si su hospitalización dura más de siete días calendario
- Viaje de regreso al domicilio para menores dependientes si su hospitalización dura más de siete días calendario
- Asistencia en la coordinación del alojamiento si es necesario un proceso de convalecencia antes o después del tratamiento médico
- Coordinación con la compañía de seguros de salud durante una emergencia médica
- Asistencia para obtener medicamentos recetados u otros artículos médicos personales necesario

## Robo de identidad

Su beneficio de asistencia en viajes incluye asistencia en caso de robo de identidad, que se coordina sin ningún costo adicional. Ya sea si se encuentra en su hogar o de viaje, este beneficio le brinda material educativo y de prevención, además de información para la recuperación, a fin de ayudarlo a proteger su identidad.

## Material educativo y de prevención

- Guía integral de asistencia en casos de robo de identidad
- Consejos para protegerse del robo de identidad

## Información para la recuperación

- Información sobre los pasos que debe seguir para recuperarse de una estafa con cheques o tarjetas de crédito

- Pautas para seguir si su número de seguridad social está en riesgo
- Instrucciones en caso de pérdida o robo del pasaporte
- Lista de contactos de instituciones financieras, oficinas de créditos y compañías de cheques

## Asistencia

Si necesita ayuda con un problema de robo de identidad, administradores de casos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con los que puede comunicarse llamando al mismo número de línea gratuita utilizado para llamar a AXA: 800-856-9947.

## Limitaciones del plan de asistencia en viajes

AXA no cubrirá el pago de una evacuación de emergencia, una repatriación por necesidad médica, una repatriación de los restos mortales u otros gastos incurridos cuando el viaje no supere las 100 millas desde el lugar de residencia del participante, o bien por alguna de las siguientes razones:

- Un viaje único que se extienda por más de 120 días
- El viaje se opone a las indicaciones del médico
- El viaje se realiza para recibir tratamiento médico
- En caso de embarazo y parto (excepción: complicaciones del embarazo)

Los gastos por la evacuación de emergencia, la repatriación por necesidad médica, la repatriación de los restos mortales, la coordinación del traslado de regreso de menores dependientes, familiares o amigos y la devolución de un vehículo tienen un límite de \$ 200,000 por persona por evento.

Todos los costos adicionales correrán a cargo del miembro. Esto incluye los costos médicos que son responsabilidad de la persona que recibe los servicios médicos. A fin de reunir los requisitos para este programa, los servicios deben ser autorizados y coordinados por el personal designado por AXA Assistance USA, Inc. No se aceptarán reclamos de reembolso por gastos de bolsillo.

Los servicios de asistencia en viaje son ofrecidos y administrados de forma independiente por AXA Assistance USA, Inc. (AXA). Los beneficios proporcionados como parte de la asistencia en viaje son suscritos por un tercero. AXA no está afiliada de ningún otro modo con las compañías de Mutual of Omaha. Podrían llegar a presentarse circunstancias más allá del control de AXA Assistance USA que dificulten sus intentos de proporcionar los servicios. AXA Assistance USA hará todos los esfuerzos razonables para ayudarlo a resolver su situación de emergencia. Ambas compañías son responsables de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Póngase en contacto con AXA para obtener más información.



Lleve esta tarjeta con  
usted a donde viaje

Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha.  
Servicios proporcionados por AXA Assistance USA.



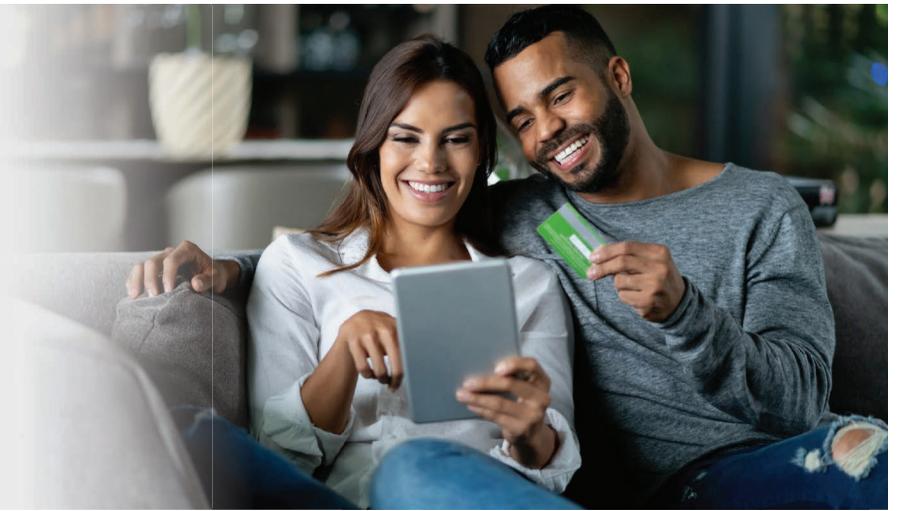
Lleve esta tarjeta con  
usted a donde viaje

Beneficio proporcionado por Mutual of Omaha.  
Servicios proporcionados por AXA Assistance USA.



# Asistencia contra el Robo de Identidad

Un Servicio Indispensable Para Su Protección



Cada año, millones de norteamericanos se convierten en víctimas de robo de identidad. Datos que lo identifican personalmente, tales como su nombre, sus números de Seguridad Social o de tarjetas de crédito pueden ser robados y usados para cometer fraude u otros delitos.

La Asistencia contra el Robo de Identidad, proporcionada por AXA Assistance, lo ayuda a usted y a sus familiares a cargo a comprender los riesgos del robo de identidad, aprender cómo prevenirlo y, lo más importante, asistirlo en caso de que sus datos hayan sido comprometidos.

La Asistencia contra el Robo de Identidad está disponible como parte de su paquete de Asistencia al Viajero ofrecido por su empleador. Los servicios incluyen:

## Concientización Y Capacitación

Lo ayudamos a comprender la creciente amenaza del robo de identidad mediante:

- La promoción de la conciencia del robo de identidad
- Las respuestas a sus preguntas acerca del robo de la identidad y cómo reconocer si usted se ha convertido en una víctima
- La capacitación sobre cómo evitar que le roben su identidad

## Asistencia para la recuperación de robo de identidad

Si su identidad se ve comprometida, lo más importante es responder rápidamente. Le proporcionaremos recursos educativos sobre los pasos que debe seguir para recuperar su identidad de un fraude con cheques o una tarjeta de crédito. También le proporcionaremos una lista con datos de contacto de instituciones financieras, agencias de crédito y compañías de cheques.

*\*Es importante observar que se trata de un recurso educativo y no de un servicio de recuperación.*

Llame al número gratuito de AXA Assistance al (800) 856-9947 y acceda al servicio de Asistencia contra el Robo de Identidad.



Presentado por Mutual of Omaha Insurance Company. Servicios de Asistencia al Viajero proporcionados por AXA Assistance USA © AXA Assistance USA, Inc. Todos los derechos reservados. AXA Assistance es una marca registrada de AXA Assistance USA, Inc. La reproducción o el uso de los nombres registrados, los logos, las marcas, las imágenes de propiedad o las marcas de AXA Assistance USA, Inc. o aquellos pertenecientes a sus empresas matrices o afiliados están expresamente prohibidos sin permiso previo por escrito.

Los Servicios de Asistencia al Viajero son ofrecidos y administrados de manera independiente por AXA Assistance USA, Inc. (AXA). Los beneficios de seguro se proporcionan como parte de la Asistencia al Viajero contratada por un tercero. Mutual of Omaha no garantiza ni representa la calidad de los servicios proporcionados por AXA ni de otro proveedor de quien AXA haga referencia. Es posible que existan momentos en los cuales las circunstancias más allá del control de AXA Assistance USA obstaculicen los esfuerzos por proporcionar sus servicios. Sin embargo, AXA Assistance USA hará uso de sus mayores esfuerzos para proporcionar dichos servicios y ayudarlo a resolver la situación de emergencia. La póliza o el certificado que conciernen a la cobertura y a los servicios descritos en esta publicidad se proporcionan exclusivamente en inglés. Toda la documentación relacionada a ellos también se proporcionará solamente en inglés. Le sugerimos que contacte a un traductor si adquiere este producto. Aviso: Las pólizas y los certificados del seguro están disponibles en español a residentes de Puerto Rico a su petición.

Mutual Solutions

## Servicios de preparación de testamento

Servicios que proporciona Epoq, Inc.



Elabore su testamento en [www.willprepservices.com](http://www.willprepservices.com) y utilice el código **MUTUALWILLS** para registrarse.

Elaborar un testamento es una inversión importante para su futuro, ya que puede determinar de qué manera desea que sus bienes se distribuyan luego de su muerte.

Independientemente de si es soltero, casado, tiene hijos o es abuelo, su testamento debe hacerse de acuerdo con su situación de vida.

**Es por esto que es bueno que tenga acceso a los servicios GRATUITOS de preparación de testamento en línea que ofrece Epoq, Inc. (Epoq).**

### Simple, gratuito y seguro

Epoq ofrece un espacio de cuenta segura que le permite preparar los testamentos y otros documentos legales. Cree un testamento que se adapte a sus necesidades exclusivas desde la comodidad de su hogar.

#### Epoq brinda los siguientes documentos GRATUITOS:

- Última voluntad y testamento
- Poder legal
- Documento de voluntades anticipadas
- Fideicomiso en vida

#### Cómo funciona:

- Inicie sesión en [www.willprepservices.com](http://www.willprepservices.com) y utilice el código MUTUALWILLS para registrarse
- Responda unas preguntas simples y observe cómo la personalización de su documento sucede en tiempo real.
- Descargue los documentos, imprímalos y compártalos de manera instantánea.
- No se olvide de actualizar los documentos ante cualquier evento trascendental que ocurra en su vida como el matrimonio, divorcio o nacimiento de un hijo.
- Asegúrese de que el documento sea legalmente obligatorio (consulte con su estado los requisitos).



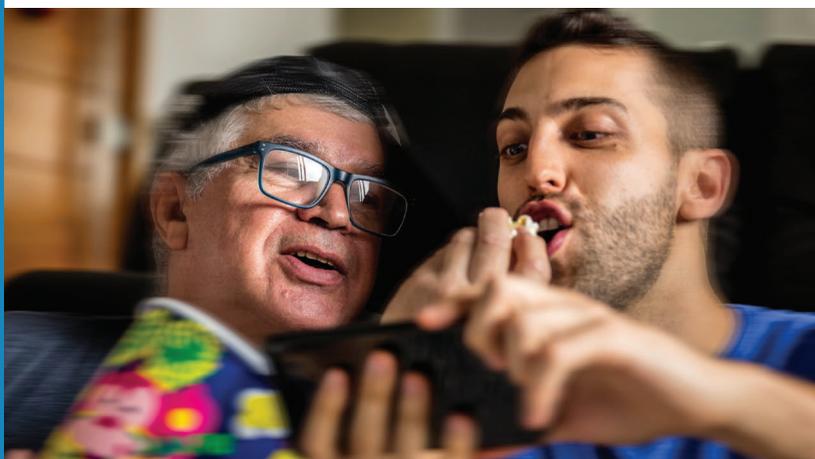
Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

Epoq, Inc. (Epoq) ofrece de manera independiente los servicios de preparación de testamento y otros documentos, los cuales están sujetos a sus propios términos de servicio y política de privacidad. Epoq es un servicio en línea que brinda determinadas modalidades e información legales. No se trata de un bufete jurídico y no sustituye al asesoramiento de un abogado. Las compañías de seguros de vida United of Omaha y Companion (United y Companion) y Epoq son empresas independientes, no afiliadas. Si bien United y Companion permiten que los servicios de Epoq estén disponibles para los clientes con seguros de vida de grupo, el uso de los servicios de Epoq es completamente voluntario. United y Companion no brindan ni son responsables ni asumen ninguna obligación en nombre de Epoq y no garantizan la fiabilidad, idoneidad ni los resultados de cualquiera de los servicios, asesoramiento o documentos provistos por Epoq. Además, tampoco son responsables ni suponen la obligación de cualquier divulgación de información personal o de cualquier tipo que haga Epoq. Estos servicios solo están disponibles para los clientes con seguros de vida de grupo de United y Companion.

La póliza o certificado que versa sobre la cobertura y servicios descritos en esta notificación se proporciona exclusivamente en inglés. Toda la documentación relacionada con ellos también se proporcionará solamente en inglés. Si compra este producto, le recomendamos contratar a un traductor.

Nota: Los certificados y las pólizas de seguros están disponibles en español para residentes de Puerto Rico cuando así se solicite.

# Su programa de descuento Auditivo



## Beneficios del programa incluyen

- ✓ **Soluciones auditivas personalizadas** - Encontraremos la solución que mejor se adapta a su estilo de vida y a su presupuesto de uno de nuestros 10 fabricantes
- ✓ **Prueba libre de riesgos por 60 días** - Garantizamos devolver el 100 por ciento de la compra de audífonos
- ✓ **Garantía de precio bajo en audífonos** - Si encuentra el mismo producto a un precio más bajo, dejemos de saber la cita y no solamente la igualaremos, la mejoraremos un 5 por ciento
- ✓ **Cuidado continuo después de la compra** - Por un año de seguimiento gratuito, dos años de baterías gratuitas y una garantía de tres años

## Para tener acceso a sus beneficios es tan fácil como...

1. Llamar a Amplifon al 1-888-534-1747 y un representante defensor del cuidado del paciente lo ayudará a encontrar un proveedor de audífonos que esté cerca de usted.
2. Nuestro representante defensor le explicará el proceso de Amplifon, le solicitará su información de correo y le ayudará a coordinar una cita con un proveedor de audífonos.
3. Amplifon le enviará información al proveedor de audífonos y a usted. Esto asegurará que sus descuentos Amplifon sean activos.

Para obtener más información, visite [amplifonusa.com/mutualofomaha](http://amplifonusa.com/mutualofomaha)



### Conserve Esta Tarjeta Para Acceder En El Futuro a Los Sigüentes Beneficios:

- Descuentos en pruebas auditivas
- Garantía de precio bajo
- Período de prueba de 60 días libre de riesgos
- 2 años de baterías con su compra

Para Activar Su Beneficio,  
Comuníquese Al  
1-888-534-1747 HOY!



### ¡Oferta Especial!

¡Comuníquese hoy mismo y coordine una cita GRATUITA para una prueba de auditiva!

Traiga esta oferta a su cita.

**¡Llame Hoy Mismo Al 1-888-534-1747!**

Esto no es un examen médico y su único fin es asistirlo en la selección de un dispositivo de amplificación.



Esto no es un seguro de salud. Los servicios de audición son administrados por Amplifon Hearing Health Care, Corp. Amplifon Hearing Health Care es el único responsable de la administración de servicios de atención auditiva y de sus propias obligaciones financieras y contractuales. Mutual of Omaha Insurance Company ha sido autorizada para prestar servicios de marketing, inclusive ventas. Mutual of Omaha Insurance Company y Amplifon son compañías independientes, no afiliadas. La póliza o certificado de seguro que pone en efecto la cobertura y los servicios descritos en este aviso se encuentra en idioma inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo, notificaciones y comunicados relacionados se encuentran también en idioma inglés únicamente. Recomendamos que tenga acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y certificados de seguros se encuentran disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, bajo pedido.



**INFORMACIÓN Y  
SERVICIOS  
ADICIONALES**

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos  
**T23075P Aware HSA \$3,000 Ded 0% Coins VBBD Plan**

**Período de cobertura:** A partir del 01/01/2023  
**Cobertura para:** Individuo y familia | **Tipo de plan:** PPO

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [bluecrossmn.com](http://bluecrossmn.com) o llame al 1-866-873-5943. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-873-5943 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	<b>\$3,000</b> por individuo / <b>\$6,000</b> por familia para servicios médicos y medicamentos <a href="#">dentro de la red</a> . <b>\$5,000</b> por individuo / <b>\$10,000</b> por familia para servicios médicos y medicamentos <a href="#">fuera de la red</a> .	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <a href="#">plan</a> , cada familiar deberá pagar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <a href="#">deducible</a> que pagan todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y <a href="#">atención preventiva dentro de la red</a> se cubren antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este plan?	<b>\$3,000</b> por individuo / <b>\$6,000</b> por familia para servicios médicos y medicamentos <a href="#">dentro de la red</a> . <b>\$10,000</b> por individuo / <b>\$20,000</b> por familia para servicios médicos y medicamentos <a href="#">fuera de la red</a> .	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <a href="#">plan</a> , ellos deben pagar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldo</a> (a menos que la <a href="#">facturación de saldo</a> esté prohibida) y los servicios de atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Su <a href="#">red</a> es Aware. Vea <a href="http://bluecrossmn.com/find-a-doctor/#/home">bluecrossmn.com/find-a-doctor/#/home</a> o llame al 1-866-873-5943 para obtener una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> tiene una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará el máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin una <a href="#">derivación</a> .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	Sin cargo	Niño sano: sin cargo Adulto: 50% de <a href="#">coseguro</a>	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Se puede requerir autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="#">bluecrossmn.com</a> .	Medicamentos de Nivel 1	0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por venta minorista) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por servicio por correo) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 31 días (receta médica por venta minorista); un suministro de hasta 90 días (receta médica por servicio por correo y receta médica de 90 días por venta minorista). La insulina que figura en el Nivel 1 y el Nivel 3 de la lista de medicamentos cubiertos está cubierta sin <a href="#">costo compartido</a> . El valor de los cupones de medicamentos que usa no cuenta para sus <a href="#">costos compartidos</a> o sus <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> . Se puede requerir autorización previa.
	Medicamentos de Nivel 2	0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por venta minorista) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por servicio por correo) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)	Sin cobertura	
	Medicamentos de Nivel 3	0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por venta minorista) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por servicio por correo) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de Nivel 4	0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por venta minorista) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (por servicio por correo) 0% de <a href="#">coseguro</a> por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 31 días (receta médica de proveedor de la red participante de <a href="#">medicamentos de especialidad</a> ). Se puede requerir autorización previa.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de <a href="#">coseguro</a> para centro hospitalario para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria	50% de <a href="#">coseguro</a>	Se puede requerir autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	0% de <a href="#">coseguro</a> para centro hospitalario para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria	50% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	Los servicios <a href="#">fuera de la red</a> se aplican al <a href="#">deducible dentro de la red</a> y al <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Los servicios de asesoramiento para matrimonio/parejas no están cubiertos. Se puede requerir autorización previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento de salud mental para adultos	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo Atención posparto: 0% de <a href="#">coseguro</a>	Atención prenatal: sin cargo Atención posparto: 50% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros <a href="#">costos compartidos</a> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Se puede requerir autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	0% de <a href="#">coseguro</a> para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	50% de <a href="#">coseguro</a> para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	Se puede requerir autorización previa.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	0% de <a href="#">coseguro</a> para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	50% de <a href="#">coseguro</a> para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	120 días combinados por persona por período de beneficios. Se puede requerir autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Se puede requerir autorización previa.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	0% de <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Desde los 0 hasta los 5 años: sin cargo Desde los 6 hasta los 18 años: 50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos y niños)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (adultos)</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Atención de los pies de rutina</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>
<b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li> </ul>

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1 800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform); el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en [cciio.cms.gov](http://cciio.cms.gov). Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-873-5943. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) o llame al 1-855-366-7873.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Blue Cross al 1-866-873-5943; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### ¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

***Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.***

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,000
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	0%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#)

(ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$3,000
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

**Lo que no está cubierto**

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,060</b>
------------------------------------	----------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,000
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	0%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$2,300
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

**Lo que no está cubierto**

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,320</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,000
■ <a href="#">Coseguro</a> del <a href="#">especialista</a>	0%
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (establecimiento)	0%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#)

(incluye suministros médicos)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

**Lo que no está cubierto**

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>
------------------------------------	----------------

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

## Notificación de prácticas de no discriminación

**En vigencia a partir del 18 de julio de 2016**

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus (Blue Cross) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Blue Cross no excluye a las personas ni las trata de manera diferente en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Blue Cross ofrece recursos para acceder a la información en formatos e idiomas alternativos:

- Hay ayuda y servicios auxiliares disponibles y sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen con nosotros.
- Hay servicios de idiomas disponibles y sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, para personas cuyo idioma principal no es el inglés.

Si necesita estos servicios, llámenos al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que Blue Cross no ha cumplido en proporcionar estos servicios o le ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de No Discriminación

- por correo electrónico a: [Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com](mailto:Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com)
- por correo postal a: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator  
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus - M495  
PO Box 64560  
Eagan, MN 55164-0560
- o por teléfono al: 1-800-509-5312

Para obtener formularios de [queja formal](#), comuníquese con nosotros a los contactos que se mencionan anteriormente, llamando al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si necesita ayuda para presentar una [queja formal](#), puede solicitarla llamándonos a los números de teléfono que se mencionan anteriormente.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- por teléfono al: 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)
- o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.





# Seguro de Vida por Término

PARA EMPLEADOS DE ACADEMIA CESAR CHAVEZ CHARTER SCHOOL

## ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

<b>Requisitos de Elegibilidad</b>	Para ser elegible para la cobertura, debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana.
<b>Pago de Prima</b>	El titular de la póliza paga en su totalidad las primas de este seguro. Este seguro no tendrá ningún costo para usted.

## BENEFICIOS

<b>Monto de Beneficio del Seguro de Vida</b>	Usted: \$50,000 En caso de fallecimiento, el beneficio abonado será igual al monto de beneficios luego de cualquier reducción por edad menos los beneficios por cuidado en vida/muerte acelerada previamente pagados en virtud de este plan.
<b>Monto de Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&amp;D)</b>	Usted: El importe del Monto Principal es igual al importe de su beneficio de seguro de vida.

## BENEFICIOS AGREGADOS

<b>Beneficio por Cuidado en Vida/Muerte Acelerada</b>	El 80% del monto del beneficio de seguro de vida está disponible para usted en caso de enfermedad terminal, que no excederá \$40,000.						
<b>Exención de Prima</b>	Si se determina que está incapacitado totalmente, su beneficio de seguro de vida continuará sin el pago de las primas, sujeto a determinadas condiciones.						
<b>Beneficios Adicionales de AD&amp;D</b>	Además de los beneficios básicos de AD&D, usted está protegido por los siguientes beneficios: <table border="0"> <tr> <td>- Guardería</td> <td>- Cinturón de Seguridad</td> <td>- Bolsa de Aire</td> </tr> <tr> <td>- Coma</td> <td>- Transporte Público</td> <td>- Parálisis</td> </tr> </table>	- Guardería	- Cinturón de Seguridad	- Bolsa de Aire	- Coma	- Transporte Público	- Parálisis
- Guardería	- Cinturón de Seguridad	- Bolsa de Aire					
- Coma	- Transporte Público	- Parálisis					
<b>Conversión</b>	Si deja de trabajar, puede solicitar una póliza de seguro de vida individual de Mutual of Omaha sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud). Usted será responsable de las primas para la cobertura.						

## SERVICIOS

<b>Asistencia en Viaje</b>	El programa Asistencia en Viaje es un beneficio adicional que proporciona asistencia en sus viajes a más de 100 millas de distancia de su casa o fuera del país.
<b>Programa de Asistencia a Empleados (EAP)</b>	Los profesionales del equipo del EAP (Programa de Asistencia a Empleados) de Mutual of Omaha están disponibles las 24 horas, 7 días a la semana todo el año, están para proveerle a usted y sus seres queridos recursos de asistencia cuando haya problemas personales o profesionales. Todos tendrán acceso a los servicios EAP llamando al 1-800-316-2796 o utilice el formulario en línea, para ser más conveniente para el empleado visite: <a href="http://www.mutualofomaha.com/eap">www.mutualofomaha.com/eap</a> . En línea podrá obtener más recursos y enlaces de gran valor para obtener más asistencia adicional que incluye: eventos actuales, familia y relaciones, bienestar emocional, bienestar financiero, abuso de sustancias y adicción, asistencia legal, asistencia de trabajo y carrera.

<b>Programa de Descuentos para la Audición</b>	El Programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite <a href="http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha">www.amplifonusa.com/mutualofomaha</a> para obtener más información.
<b>Preparación del Testamento</b>	Trabajamos con Epoq, Inc.® para ofrecer a los empleados herramientas de preparación de testamentos por internet. Con solo unos clics usted puede completar un plan personalizado para proteger a su familia y sus propiedades. Para comenzar visite <a href="http://www.willprepservices.com">www.willprepservices.com</a> .

### **REDUCCIONES POR EDAD Y EXCLUSIONES**

Los montos de beneficios y cobertura asegurada del seguro están sujetos a reducciones por edad:

- A la edad de 65, los montos se reducen a 65%
- A la edad de 70, los montos se reducen a 50%

Se incluirá información acerca de las exclusiones de AD&D de este plan en el resumen de cobertura, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura.

Póngase en contacto con su empleador si tiene alguna pregunta antes de inscribirse.

# › Preguntas Frecuentes

## ¿Quién es elegible para este seguro?

Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.

## ¿Qué es la cobertura garantizada?

El monto de seguro solicitado sin responder preguntas sobre la salud (o que no requiere evidencia de asegurabilidad). Los montos de cobertura que superen la cobertura garantizada requerirán evidencia de asegurabilidad.

## ¿Qué es la evidencia de asegurabilidad?

Podrá requerirse evidencia de asegurabilidad o prueba de buena salud si se inscribe tarde o solicita cobertura adicional que supere el monto de la cobertura garantizada.

## ¿Puedo conservar el seguro si cambio de trabajo o ya no soy miembro de este grupo?

En el caso de que este seguro finalice debido a un cambio en su situación laboral o pertenencia en el grupo, o por otras razones, usted tienen derecho a continuar con este seguro en virtud de la disposición de Conversión, sujeto a ciertas condiciones.

## ¿Existe alguna limitación, reducción o exclusión?

Los beneficios pagaderos se basan en lo siguiente:

- Los montos de beneficios y cobertura asegurada del seguro están sujetos a reducciones por edad:
  - A la edad de 65, los montos se reducen a 65%
  - A la edad de 70, los montos se reducen a 50%
- Se incluirá información acerca de las exclusiones de AD&D de este plan en el resumen de cobertura, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura.

Es posible que no se apliquen todas las exclusiones, o deban ajustarse, según lo requieran las regulaciones estatales.

Esta información se describen algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Por favor, consulte el folleto certificado para una explicación completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y reducciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el folleto de certificado y este esquema, prevalecerá el folleto de certificado. El seguro de vida es y muerte accidental y desmembramiento están suscritos por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175. política de número de formulario 7000GM-T-EZ 2010 o equivalente estado (en NC: 7000GM-T-EZ 2010 NC). United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto New York. La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporcionan en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.





# Seguro Voluntario de Vida por Término

PARA EMPLEADOS DE ACADEMIA CESAR CHAVEZ CHARTER SCHOOL

## ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

<b>Requisitos de Elegibilidad</b>	Para ser elegible para la cobertura, debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana.
<b>Requisitos de Elegibilidad de un Dependiente</b>	Para ser elegible para la cobertura, sus dependientes deben poder llevar a cabo las actividades normales y no estar confinados (en el hogar, un hospital u otro centro de cuidado), y cualquier hijo debe ser menor de 26. Para que su cónyuge o hijos sean elegibles para la cobertura, debe elegir una cobertura para usted.
<b>Pago de Prima</b>	Usted paga en su totalidad las primas de este seguro.

## PAUTAS DE COBERTURA

	Mínimo	Cobertura Garantizada	Máximo
<b>Usted</b>	\$10,000	5 veces el salario anual, hasta \$100,000	\$500,000, en incrementos de \$10,000, pero en ningún caso más de 5 veces el salario anual
<b>Cónyuge</b>	\$5,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$30,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$250,000
<b>Hijo(s)</b>	\$10,000	100% del beneficio del empleado	100% del beneficio del empleado, hasta \$10,000

Sujeto a cualquier reducción que se muestra a continuación, la Cobertura Garantizada se encuentra disponible para las nuevas contrataciones. Los Montos que superen la Cobertura Garantizada requerirán una solicitud de salud/evidencia de asegurabilidad. En el caso de los Ingresantes Tardíos todos los montos requerirán una solicitud de salud/evidencia de asegurabilidad.

## BENEFICIOS

<b>Monto de Beneficio del Seguro de Vida</b>	<p>En las pautas de cobertura anteriores, seleccione el monto de cobertura por seguro de vida que desea.</p> <p>Este plan incluya la opción de seleccionar una cobertura para su cónyuge e hijos dependientes.</p> <p>El término hijo incluye niños de, hasta 26 años.</p> <p>En caso de fallecimiento, el beneficio abonado será igual al monto de beneficios luego de cualquier reducción por edad menos los beneficios por cuidado en vida/muerte acelerada previamente pagados en virtud de este plan.</p>
<b>Monto de Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&amp;D)</b>	<p>Usted y su cónyuge, su cónyuge y sus hijos dependientes: El importe del Monto Principal es igual al importe del beneficio de seguro de vida.</p> <p>La cobertura AD&amp;D está disponible si usted o sus dependientes se lesionan o mueren como resultado de un accidente y la lesión o muerte es independiente de una enfermedad y demás causas. El monto de beneficio depende del tipo de pérdida incurrida y es la totalidad o una parte del Monto Principal.</p>

## BENEFICIOS AGREGADOS

<b>Beneficio por Cuidado en Vida/Muerte Acelerada</b>	El 80% del monto del beneficio de seguro de vida está disponible para usted en caso de enfermedad terminal, que no excederá \$400,000.
<b>Exención de Prima</b>	Si se determina que está incapacitado totalmente, su beneficio de seguro de vida continuará sin el pago de las primas, sujeto a determinadas condiciones.
<b>Aumento de Monto de Beneficio Anual</b>	Si se inscribe inclusive en el monto mínimo de cobertura durante su inscripción inicial, puede inscribirse en una cobertura adicional en su siguiente inscripción por hasta \$10,000, si el monto total de seguro no excede su monto de beneficio máximo. Estas características le permiten asegurar protección adicional de su seguro de vida en el caso de una modificación (p. ej. se casa o tiene un hijo). Por cantidades más de la cobertura garantizada se requiere evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud).
<b>Beneficios Adicionales de AD&amp;D</b>	Además de los beneficios básicos de AD&D, usted está protegido por los siguientes beneficios: - Cinturón de Seguridad                      - Bolsa de Aire                                      - Coma - Repatriación                                      - Transporte Público                                      - Parálisis
<b>Portabilidad</b>	La característica de Portabilidad de transferir le permite continuar con este programa de seguro para usted y sus dependientes si deja su empleo por cualquier motivo, sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud). Usted será responsable de las primas para la cobertura.
<b>Conversión</b>	Si deja de trabajar, puede solicitar una póliza de seguro de vida individual de Mutual of Omaha sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud). Usted será responsable de las primas para la cobertura.

#### **SERVICIOS**

<b>Programa de Descuentos para la Audición</b>	El Programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite <a href="http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha">www.amplifonusa.com/mutualofomaha</a> para obtener más información.
<b>Preparación del Testamento</b>	Trabajamos con Epoq, Inc.® para ofrecer a los empleados herramientas de preparación de testamentos por internet. Con solo unos clics usted puede completar un plan personalizado para proteger a su familia y sus propiedades. Para comenzar visite <a href="http://www.willprepservices.com">www.willprepservices.com</a> .

#### **REDUCCIONES POR EDAD Y EXCLUSIONES**

Los montos de beneficios y cobertura asegurada del seguro están sujetos a reducciones por edad:

- A la edad de 65, los montos se reducen a 65%
- A la edad de 70, los montos se reducen a 50%

La cobertura del cónyuge finaliza a los 75.

No se pagarán beneficios de seguro de vida si la muerte del asegurado es ocasionada por suicidio dentro del período de dos años de la fecha de emisión (la fecha en que comienza la cobertura) de esta cobertura. Si este fuese el caso, la suma de las primas pagadas se le devolverá al beneficiario. Lo mismo aplica para cualquier futuro incremento en la cobertura en virtud de este plan.

Se incluirá información acerca de las exclusiones de AD&D de este plan en el resumen de cobertura, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura.

Póngase en contacto con su empleador si tiene alguna pregunta antes de inscribirse.

# Cálculo de Prima y Selección de Cobertura AD&D y de Vida por Término Voluntaria

Tenga en cuenta que los importes de las primas que se presentan a continuación pueden variar ligeramente de los importes previstos en su formulario de inscripción, debido al redondeo.

**Para seleccionar su monto de beneficio y calcular su prima, haga lo siguiente:**

- 1) Busque el monto de beneficio que desea seleccionar de la fila superior de la tabla de primas de empleados. Su monto de beneficio debe estar en un incremento de \$10,000. Consulte la sección Pautas de Cobertura para obtener información sobre mínimos y máximos, si es necesario.
- 2) Encuentre su grupo de edad en la columna de la izquierda.

- 3) El importe de su prima se encuentra en el cuadro donde se cruzan la fila (su edad) y la columna (monto de beneficio).
- 4) Ingrese los montos de beneficio y de prima en sus respectivas áreas de la sección Seguro Voluntario de Vida y AD&D, en su formulario de inscripción.

Si el monto de beneficio que desea seleccionar es mayor a cualquier cantidad de la tabla a continuación, seleccione el monto de beneficio de la fila superior que cuando se multiplica por otro número da como resultado el monto de beneficio que desea seleccionar. Por ejemplo, si desea \$150,000 de cobertura, obtiene el importe de su prima multiplicando la tasa de \$50,000 por 3.

TABLA DE PRIMAS DEL O DE LA EMPLEADO/A (24 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)										
Edad	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$60,000	\$70,000	\$80,000	\$90,000	\$100,000
0 - 29	\$0.45	\$0.90	\$1.35	\$1.80	\$2.25	\$2.70	\$3.15	\$3.60	\$4.05	\$4.50
30 - 34	\$0.50	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$2.50	\$3.00	\$3.50	\$4.00	\$4.50	\$5.00
35 - 39	\$0.55	\$1.10	\$1.65	\$2.20	\$2.75	\$3.30	\$3.85	\$4.40	\$4.95	\$5.50
40 - 44	\$0.85	\$1.70	\$2.55	\$3.40	\$4.25	\$5.10	\$5.95	\$6.80	\$7.65	\$8.50
45 - 49	\$1.35	\$2.70	\$4.05	\$5.40	\$6.75	\$8.10	\$9.45	\$10.80	\$12.15	\$13.50
50 - 54	\$2.15	\$4.30	\$6.45	\$8.60	\$10.75	\$12.90	\$15.05	\$17.20	\$19.35	\$21.50
55 - 59	\$3.30	\$6.60	\$9.90	\$13.20	\$16.50	\$19.80	\$23.10	\$26.40	\$29.70	\$33.00
60 - 64	\$5.10	\$10.20	\$15.30	\$20.40	\$25.50	\$30.60	\$35.70	\$40.80	\$45.90	\$51.00
65 - 69	\$9.10	\$18.20	\$27.30	\$36.40	\$45.50	\$54.60	\$63.70	\$72.80	\$81.90	\$91.00
70 - 74	\$16.20	\$32.40	\$48.60	\$64.80	\$81.00	\$97.20	\$113.40	\$129.60	\$145.80	\$162.00
75 - 79	\$26.65	\$53.30	\$79.95	\$106.60	\$133.25	\$159.90	\$186.55	\$213.20	\$239.85	\$266.50
80+	\$53.85	\$107.70	\$161.55	\$215.40	\$269.25	\$323.10	\$376.95	\$430.80	\$484.65	\$538.50

Siga el método anteriormente descrito para seleccionar un monto de beneficio y calcular las primas para la cobertura de un cónyuge dependiente opcional o hijo(s). **La tarifa de su cónyuge dependerá de la edad suya**, localice la edad suya en la columna izquierda de la tabla Prima de cónyuge. El importe de la prima de su cónyuge se encuentra en el cuadro donde se cruzan la fila (edad) y la columna (monto de beneficio). El monto de beneficio de su cónyuge debe estar en un incremento de \$5,000. Consulte la sección Pautas de cobertura para obtener información sobre mínimos y máximos, si es necesario.

TABLA DE PRIMAS DEL CÓNYUGE (24 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)										
Edad	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000
0 - 29	\$0.23	\$0.45	\$0.68	\$0.90	\$1.13	\$1.35	\$1.58	\$1.80	\$2.03	\$2.25
30 - 34	\$0.25	\$0.50	\$0.75	\$1.00	\$1.25	\$1.50	\$1.75	\$2.00	\$2.25	\$2.50
35 - 39	\$0.28	\$0.55	\$0.83	\$1.10	\$1.38	\$1.65	\$1.93	\$2.20	\$2.48	\$2.75
40 - 44	\$0.43	\$0.85	\$1.28	\$1.70	\$2.13	\$2.55	\$2.98	\$3.40	\$3.83	\$4.25
45 - 49	\$0.68	\$1.35	\$2.03	\$2.70	\$3.38	\$4.05	\$4.73	\$5.40	\$6.08	\$6.75
50 - 54	\$1.08	\$2.15	\$3.23	\$4.30	\$5.38	\$6.45	\$7.53	\$8.60	\$9.68	\$10.75
55 - 59	\$1.65	\$3.30	\$4.95	\$6.60	\$8.25	\$9.90	\$11.55	\$13.20	\$14.85	\$16.50
60 - 64	\$2.55	\$5.10	\$7.65	\$10.20	\$12.75	\$15.30	\$17.85	\$20.40	\$22.95	\$25.50
65 - 69	\$4.55	\$9.10	\$13.65	\$18.20	\$22.75	\$27.30	\$31.85	\$36.40	\$40.95	\$45.50
70 - 74	\$8.10	\$16.20	\$24.30	\$32.40	\$40.50	\$48.60	\$56.70	\$64.80	\$72.90	\$81.00

TABLA DE PRIMAS PARA TODOS LOS HIJOS (24 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)*	
	\$10,000
	\$1.00

\*Independientemente de la cantidad de hijos que tenga, están incluidos en los montos de prima para "Todos los Hijos" enumerados en la tabla anterior.

# › Preguntas Frecuentes

## ¿Quién es elegible para este seguro?

- Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.
- Sus dependientes deben llevar a cabo las actividades normales y no estar confinados (en el hogar, un hospital u otro centro de cuidado) y cualquier hijo debe ser menor de 26.

## ¿Qué es la cobertura garantizada?

El monto de seguro solicitado sin responder preguntas sobre la salud (o que no requiere evidencia de asegurabilidad). Los montos de cobertura que superen la cobertura garantizada requerirán evidencia de asegurabilidad.

## ¿Qué es la evidencia de asegurabilidad?

Podrá requerirse evidencia de asegurabilidad o prueba de buena salud si se inscribe tarde o solicita cobertura adicional que supere el monto de la cobertura garantizada.

## ¿Puedo conservar el seguro si cambio de trabajo o ya no soy miembro de este grupo?

En el caso de que este seguro finalice debido a un cambio en su situación laboral o pertenencia en el grupo, o por otras razones, usted o su cónyuge asegurado tienen derecho a continuar con este seguro en virtud de la disposición de Portabilidad o Conversión, sujeto a ciertas condiciones.

## ¿Existe alguna limitación, reducción o exclusión?

Los beneficios pagaderos se basan en lo siguiente:

- Los montos de beneficios y cobertura asegurada del seguro están sujetos a reducciones por edad:
  - A la edad de 65, los montos se reducen a 65%
  - A la edad de 70, los montos se reducen a 50%
- La cobertura del cónyuge termina cuando alcanza los 75.
- No se pagarán beneficios de seguro de vida si la muerte del asegurado es ocasionada por suicidio dentro del período de dos años de la fecha de inicio de la cobertura. Si este fuese el caso, la suma de las primas pagadas se le devolverá al beneficiario. Lo mismo aplica para cualquier futuro incremento en la cobertura en virtud de este plan..
- Se incluirá información acerca de las exclusiones de AD&D de este plan en el resumen de cobertura, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura.

Es posible que no se apliquen todas las exclusiones, o deban ajustarse, según lo requieran las regulaciones estatales.

Esta información se describen algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Por favor, consulte el folleto certificado para una explicación completa de beneficios, exclusiones, limitaciones y reducciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el folleto de certificado y este esquema, prevalecerá el folleto de certificado. Disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y aprobación de la solicitud de grupo por la empresa de suscripción. El seguro de vida es y muerte accidental y desmembramiento están suscritos por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175. política de número de formulario 7000GM-T-EZ 2010 o equivalente estado (en NC: 7000GM-T-EZ 2010 NC). United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto New York. La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporcionan en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.





# Seguro por Incapacidad a Corto Plazo

PARA EMPLEADOS DE ACADEMIA CESAR CHAVEZ CHARTER SCHOOL

## ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

<b>Requisitos de Elegibilidad</b>	Debe estar trabajando activamente un mínimo de 30 horas por semana.
<b>Pago de Prima</b>	El titular de la póliza paga en su totalidad las primas de este seguro. Este seguro no le representará ningún gasto.

## BENEFICIOS

<b>Período de Eliminación</b>	Si se incapacita, tendrá que atravesar un período de eliminación antes de que se le paguen beneficios. Sus beneficios comienzan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 8º día de su lesión incapacitante.</li> <li>• El 8º día de su enfermedad incapacitante.</li> </ul>
<b>Beneficio Semanal</b>	Su beneficio equivale al 60% de sus ingresos mensuales antes de los impuestos, que no exceda el monto de beneficio mensual máximo del plan menos otras fuentes de ingresos.  Las primas para su cobertura de incapacidad a largo plazo está exenta mientras recibe los beneficios.
<b>Período de Beneficio Máximo</b>	Hasta 12 semanas
<b>Beneficio Semanal Máximo</b>	\$1,500
<b>Beneficio Semanal Mínimo</b>	None
<b>Beneficios Por Incapacidad Parcial</b>	Si se incapacita y puede trabajar por tiempo parcial (pero no tiempo completo), puede ser elegible para beneficios de incapacidad parcial que lo ayudarán a complementar sus ingresos hasta que pueda volver a trabajar tiempo completo.

## DEFINICIONES

<b>Definición de Incapacidad</b>	Incapacidad e incapacitado significa que debido a una lesión o enfermedad ha ocurrido un cambio significativo en su capacidad mental o funcional, y como resultado está impedido de realizar al menos uno de los deberes materiales de su trabajo regular y es incapaz de generar los ingresos actuales que exceden el 99% de sus ingresos semanales de su trabajo regular. Usted puede estar total o parcialmente incapacitado durante el período de eliminación.
<b>Definición de Ingresos Semanales</b>	El ingreso semanal para los empleados asalariados es el salario bruto anual en efecto inmediatamente anterior al comienzo de la incapacidad, dividido por 52. El ingreso semanal de los empleados contratados por hora es la tasa de pago por hora multiplicada por el promedio de horas trabajadas por semana durante el período de 12 meses inmediatamente anterior al comienzo de la incapacidad. En el caso de un empleado durante parte del período anterior de 12 meses, el ingreso semanal es la tasa de pago por hora multiplicada por el promedio de horas trabajadas.

## CARACTERÍSTICAS

<b>Beneficio de Rehabilitación Vocacional</b>	Si se incapacita y participar en el programa de rehabilitación vocacional, será elegible para un aumento del beneficio mensual del 10%.
---	---

<b>Acomodación Razonable</b>	Proporciona un beneficio al empleador para ayudar a cubrir los costos incurridos para hacer modificaciones en el lugar de trabajo para que usted regrese al trabajo.
<b>SERVICIOS</b>	
<b>Programa de Descuentos para la Audición</b>	El Programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite <a href="http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha">www.amplifonusa.com/mutualofomaha</a> para obtener más información.

# › Preguntas Frecuentes

## ¿Quién es elegible para este seguro?

Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.

## ¿Por cuánto pagarán mis beneficios?

Los beneficios comienzan después de que finaliza el período de eliminación y se pagan hasta el período máximo de beneficio mientras esté incapacitado.

## ¿Mis beneficios se reducirán debido a otras fuentes de ingresos?

Sí, dependiendo del tipo de ingreso que reciba. El monto de su beneficio puede reducirse debido a otras fuentes de ingresos, como jubilación/planes gubernamentales, otros planes de incapacidad de grupo, licencia familiar remunerada, continuidad en el salario/licencia por enfermedad, liquidaciones y beneficios obligatorios.

## ¿Este plan me cubre si quedo incapacitado como resultado de una lesión en el trabajo?

No, su seguro STD solo proporciona beneficios de cobertura fuera del trabajo por incapacidad debido a una lesión o enfermedad.

## ¿Existe alguna limitación o exclusión?

Los beneficios pagaderos están sujetos a lo siguiente:

- Los beneficios no son pagados para cualquier incapacidad o pérdida que:
  - Resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o agresión armada.
  - Resulte de la participación en una revuelta o la comisión o intento de cometer un acto delictivo.
  - Los resultados de una cirugía o procedimiento electivo o cosmético, o las complicaciones resultantes, a menos que dicha cirugía o procedimiento sea médicamente necesario para el diagnóstico y tratamiento adecuados de su lesión o enfermedad.
  - Surge de o en el curso del empleo con el titular de la póliza por beneficios en virtud de cualquier compensación de trabajadores o ley de enfermedades ocupacionales, o recibe cualquier liquidación de la compañía de compensación de trabajadores.
  - Resulte, si la persona asegurada está sana o no, de una enfermedad o lesión autoinfligida intencionalmente o intento de suicidio.
  - Ocurre durante una reclusión mayor a 31 días en una cárcel o prisión.
  - Es resultado único de la pérdida de una licencia profesional, licencia de ocupación o certificación.

Es posible que no se apliquen todas las exclusiones, o deban ajustarse, según lo requieran las regulaciones estatales.

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el cuademillo del certificado para obtener una explicación completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las reducciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el cuademillo del certificado y este resumen, prevalecerá el cuademillo del certificado. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por la compañía que financia esta cobertura. El seguro de ingresos por incapacidad está respaldado por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en New York. Número de formulario de póliza 7000GM-U-EZ-2010. La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporcionan en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en Español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.





# Seguro por Incapacidad a Largo Plazo

PARA EMPLOYEES DE ACADEMIA CESAR CHAVEZ CHARTER SCHOOL

<b>ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES</b>	
<b>Requisitos de Elegibilidad</b>	Debe estar trabajando activamente un mínimo de 30 horas por semana.
<b>Pago de Prima</b>	El titular de la póliza paga en su totalidad las primas de este seguro. Este seguro no le representará ningún gasto.
<b>BENEFICIOS</b>	
<b>Período de Eliminación</b>	Sus beneficios comienzan 90 días calendario luego del inicio de la lesión o la enfermedad que causa la incapacidad o la fecha en que finaliza su incapacidad a largo plazo.
<b>Beneficio Mensual</b>	Su beneficio equivale al 60% de sus ingresos mensuales antes de los impuestos, que no exceda el monto de beneficio mensual máximo del plan menos otras fuentes de ingresos.  Las primas para su cobertura de incapacidad a largo plazo está exenta mientras recibe los beneficios.
<b>Beneficio Mensual Máximo</b>	\$6,000
<b>Beneficio Mensual Mínimo</b>	\$100
<b>Período de Beneficio Máximo</b>	Si se incapacita antes de los 62 años, los beneficios se le pagarán a los 65, a la Edad Normal de Retiro de la Seguridad Social o a los 3.5 años, cualquiera sea el período más largo. A los 62 años (y posterior), el período de beneficio se basará en una programación de duración reducida.
<b>Beneficios por Incapacidad Parcial</b>	También tendrá disponibles beneficios adicionales para cubrir los gastos de cuidado familiar de los miembros de la familia elegibles mientras recibe beneficios por incapacidad parcial.
<b>DEFINICIONES</b>	
<b>Ocupación Propia</b>	3 Años
<b>Evaluación de Ingresos de la Ocupación Propia</b>	99%
<b>Definición de Ingresos Mensuales</b>	El ingreso mensual para los empleados asalariados es el salario bruto anual en efecto inmediatamente anterior al comienzo de la incapacidad, dividido por 12. El ingreso mensual de los empleados contratados por hora es la tasa de pago por hora multiplicada por el promedio de horas trabajadas por mes durante el período de 6 meses inmediatamente anterior al comienzo de la incapacidad. En el caso de un empleado durante parte del período anterior de 6 meses, el ingreso mensual es la tasa de pago por hora multiplicada por el promedio de horas trabajadas.
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	
<b>Beneficio de Rehabilitación Vocacional</b>	Si se incapacita y participar en el programa de rehabilitación vocacional, será elegible para un aumento del beneficio mensual del 10%.

<b>Beneficios Para Sobrevivientes</b>	Si fallece mientras recibe beneficios por incapacidad, un capital equivalente a 3 veces su beneficio mensual se pagará a su sobreviviente elegible.
<b>Acomodación Razonable</b>	Proporciona un beneficio al empleador para ayundar a cubrir los costos incurridos para hacer modificaciones en el lugar de trabajo para que usted regreses al trabajo.
<b>SERVICIOS</b>	
<b>Asistencia en Viaje</b>	El programa Asistencia en viaje es un beneficio adicional que proporciona asistencia en sus viajes a más de 100 millas de distancia de su casa o fuera del país.
<b>Programa de Asistencia a Empleados (EAP)</b>	Los profesionales del equipo del EAP (Programa de Asistencia a Empleados) de Mutual of Omaha están disponibles las 24 horas, 7 días a la semana todo el año, están para proveerle a usted y sus seres queridos recursos de asistencia cuando haya problemas personales o profesionales. Todos tendrán acceso a los servicios EAP llamando al 1-800-316-2796 o utilice el formulario en línea, para ser más conveniente para el empleado visite: <a href="http://www.mutualofomaha.com/eap">www.mutualofomaha.com/eap</a> . En línea podrá obtener más recursos y enlaces de gran valor para obtener más asistencia adicional que incluye: eventos actuales, familia y relaciones, bienestar emocional, bienestar financiero, abuso de sustancias y adicción, asistencia legal, asistencia de trabajo y carrera.
<b>Programa de Descuentos para la Audición</b>	El Programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite <a href="http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha">www.amplifonusa.com/mutualofomaha</a> para obtener más información.

# › Preguntas Frecuentes

## ¿Quién es elegible para este seguro?

Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.

## ¿Por cuánto pagarán mis beneficios?

Los beneficios comienzan después de que finaliza el período de eliminación y se pagan hasta el Período Máximo de Beneficio mientras esté incapacitado.

## ¿Mis beneficios se reducirán debido a otras fuentes de ingresos?

Sí, dependiendo del tipo de ingreso que reciba. El monto de su beneficio puede reducirse debido a otras fuentes de ingresos, como jubilación/planes gubernamentales, otros planes de incapacidad de grupo, continuidad de salario/permiso por enfermedad, liquidaciones de pago y beneficios obligatorios.

## ¿Este plan me cubre si quedo incapacitado como resultado de una lesión en el trabajo?

Sí, su Seguro por Incapacidad a Largo Plazo le proporciona beneficios de cobertura dentro y fuera del trabajo por incapacidad resultante de una lesión o enfermedad.

## ¿Existe alguna limitación o exclusión?

Los beneficios pagaderos están sujetos a lo siguiente:

- Las incapacidades relacionadas con el abuso de alcohol y drogas solo se pagan por hasta 24 meses mientras está asegurado en virtud de la póliza.
- Las incapacidades relacionadas con desórdenes mentales solo se pagan por hasta 24 meses mientras está asegurado en virtud de la póliza.
- Su plan está sujeto a una limitación por condición preexistente. Una condición preexistente es una condición para la que ha recibido tratamiento médico, consulta, atención o servicios que incluyen medidas de diagnóstico, o para la que se le recetó o tomó medicamentos recetados en el marco de tiempo predeterminado anterior a la fecha de vigencia de la cobertura. La condición preexistente en virtud de este plan es 3/12, lo que significa cualquier condición para la que recibió atención médica en los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura que resulta en una discapacidad durante los primeros 12 meses de la cobertura, no estaría cubierta.
- Los beneficios no son pagados para cualquier incapacidad o pérdida que:
  - Resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o agresión armada.
  - Resulte de la participación en una revuelta o la comisión o intento de cometer un acto delictivo.
  - Resulte, si la persona asegurada está sana o no, de una enfermedad o lesión autoinfligida intencionalmente o intento de suicidio.
  - Resulte del abuso de alcohol o drogas o sustancias, excepto lo especificado anteriormente.
  - Resulte de un desorden mental, excepto lo especificado anteriormente.
  - Es causada por abuso de alcohol y drogas o abuso de sustancias, sin estar supervisada activamente o recibiendo tratamiento continuo de un centro de rehabilitación o institución designada aprobada para dicho tratamiento por un órgano apropiado de la jurisdicción.
  - Ocurre durante una reclusión mayor a 31 días en una cárcel o prisión.
  - Es resultado único de la pérdida de una licencia profesional, licencia de ocupación o certificación.

Es posible que no se apliquen todas las exclusiones, o deban ajustarse, según lo requieran las regulaciones estatales.

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el cuadernillo del certificado para obtener una explicación completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las reducciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el cuadernillo del certificado y este resumen, prevalecerá el cuadernillo del certificado. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por la compañía que financia esta cobertura. El seguro de ingresos por incapacidad está respaldado por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en New York. Número de formulario de póliza 7000GM-U-EZ-2010. La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporcionan en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.





# Seguro Dental

PARA EMPLEADOS DE ACADEMIA CESAR CHAVEZ CHARTER SCHOOL

## ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

<b>Requisitos de Elegibilidad</b>	Para ser elegible para la cobertura, debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana.
<b>Requisitos de Elegibilidad de un Dependiente</b>	Hijo(s) debe(n) cumplir con los requisitos de elegibilidad de la Póliza y ser menor de 26. Para que su cónyuge y / o hijos sean elegibles para la cobertura, usted debe elegir la cobertura para usted.
<b>Pago de Prima</b>	El titular de la póliza y usted comparten las primas de este seguro. Las siguientes primas reflejan sus contribuciones al costo de este seguro.

PLAN DE AÑO DEDUCIBLES Y MÁXIMOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Tipo A</b>	Exento	Exento
<b>Deducible del Tipo B y C</b>		
Individual	\$50	\$50
Grupo Familiar	3 Veces Individual	3 Veces Individual
<b>Máximo Anual</b>	\$1,500	\$1,500

Se pueden utilizar los mismos gastos para satisfacer los deducibles dentro y fuera de la red.

SERVICIOS CUBIERTOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Servicios de Tipo A</b>	100%	100%
• Exámenes/Evaluaciones		
• Rayos X de Mordida		
• Rayos X de Boca completa, Panorámico		
• Tratamientos con Flúor		
• Limpieza/Profilaxis		
• Mantenimiento Periodontal		
• Biopsia por Cepillado/Detección de Cáncer		
• Aplicaciones para Hábitos Perjudiciales		
• Full Mouth X-rays, Panoramic Film		

SERVICIOS CUBIERTOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Servicios de Tipo B</b>	80%	80%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selladores</li> <li>• Mantenedores de Espacio</li> <li>• Tratamiento Paliativo</li> <li>• Rellenos</li> <li>• Coronas de Acero Inoxidable</li> <li>• Extracciones Simples</li> <li>• Anestesia General o Sedación Intravenosa</li> </ul>		
<b>Servicios de Tipo C</b>	55%	50%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía Oral</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Dentaduras Parciales o Totales Desmontables</li> <li>• Reparación de Dentaduras Desmontables</li> <li>• Ajustes, Acondicionamiento de Tejido, Relleno o Restauración de Dentaduras Desmontables</li> <li>• Prótesis Dental/Dentadura Fija</li> <li>• Reparación/Reconstrucción de Puentes</li> <li>• Para el reparto Coronas, Inlays, Onlays, Carillas Labiales</li> <li>• Reparación/Reconstrucción Para el reparto de Coronas/Inlays/Onlays/Carillas Labiales</li> <li>• Implantes</li> <li>• Trastorno de la Articulación Temporomandibular (ATM)</li> <li>• Extracciones Quirúrgico</li> <li>• Quirúrgico Periodoncia</li> <li>• Non-Quirúrgico Periodoncia</li> </ul>		

El plan cubre el porcentaje que se muestra luego de cumplir con el deducible, hasta el máximo. Se incluirá información adicional acerca de los beneficios y los servicios cubiertos de este plan en el cuadernillo del certificado, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura. Póngase en contacto con su empleador o su administrador de beneficios si tiene alguna pregunta antes de inscribirse.

Este plan ofrece diferentes niveles de cobertura para los servicios Dentro y Fuera de la Red. Al utilizar un proveedor Dentro de la Red, los miembros del plan ahorrarán más mediante el acuerdo de tarifas predeterminadas y una mejor cobertura de beneficios.

El Descuento Máximo para los servicios fuera de la red se basa en el percentil 90 según lo determinado por Mutual of Omaha. No se consideran los cargos que excedan el descuento máximo (como se define en el cuadernillo del certificado) para cualquier servicio dental cubierto.

#### **PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA**

El plan tiene un período anual de inscripción abierta. Cualquier beneficio que requiera un período de espera o suscripción tardía, es excluido durante este período.

## LIMITACIONES

Se incluirá información acerca de las limitaciones y exclusiones de este plan en el cuadernillo del certificado, que recibirá después de inscribirse en esta cobertura. Póngase en contacto con su empleador o su administrador de beneficios si tiene alguna pregunta antes de inscribirse.

- Exámenes – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Rayos X de Mordida – 4 placas en un período de 12 meses.
- Rayos X de Boca Completa o Placa Panorámica – 1 en un período de 60 meses.
- Flúor – Por hijo dependiente hasta la edad de 14. 2 servicios en un período de 12 meses.
- Aparato corrector de hábitos nocivos – Por hijo dependiente hasta la edad de 14.
- Limpieza – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Sellantes – Para los hijos dependientes hasta la edad de 14; uno por diente premolar o molar permanente en cualquier período de 36 meses.
- Biopsia por Cepillado/Detección de Cáncer – 2 servicios en un período de 12 meses.
- Mantenedores de Espacio – Por hijo dependiente hasta la edad de 14, incluye reconstrucción y extracción.
- Calzas – Las calzas compuestas permitidas para todos los dientes. Reemplazo una vez en un período de 12 meses.
- Corona de Acero Inoxidable – Por hijo dependiente hasta la edad de 16; una por diente de por vida. No para restauración temporal.
- Mantenimiento Periodontal – 2 servicios en un período de 12 meses, además de la limpieza de rutina. Siguiendo únicamente tratamiento periodontal activo.
- Para el reparto Coronas, Incrustaciones, Recubrimientos, Carillas Labiales – reemplazo permitido una vez cada 5 años.
- Puentes – Reemplazo permitido una vez cada 5 years.
- Dentaduras – Reemplazo permitido una vez cada 5 years.
- ATM – únicamente tratamiento no quirúrgico.
- Ortodoncia – Incluye procesamiento de casos, todos los aparatos/aplicaciones y un juego de retenedores (frenos). Se deben colocar aparatos de ortodoncia antes de que el hijo dependiente cumpla los 26 para que se paguen los beneficios de ortodoncia.

## SERVICIOS

<b>Programa de Descuentos para la Audición</b>	El programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite <a href="http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha">www.amplifonusa.com/mutualofomaha</a> para obtener más información.
--	--

## IMPORTES DE PRIMA E INSCRIPCIÓN A LA COBERTURA

Nivel de Cobertura	Importe de Prima (24 deducciones de nómina por año)
Empleado/Miembro	\$3.51
Empleado/Miembro + Cónyuge	\$19.62
Empleado/Miembro + Niño(s)	\$26.81
Empleado/Miembro + Grupo Familiar	\$50.07

### Para inscribirse en la cobertura dental:

- 1) Con la siguiente tabla, identifique el nivel de cobertura al que desea inscribirse. Las opciones disponibles ofrecen cobertura para usted (el empleado) únicamente o para usted y su familia. El monto enumerado en la columna Importe de Prima es el costo por cheque de pago para cada nivel de cobertura.
- 2) Localice la sección Elección de Cobertura Dental en su formulario de inscripción. Coloque  o  en el cuadro Sí junto al nivel de cobertura al que desea inscribirse, luego ingrese el Importe de prima para el nivel de cobertura seleccionado en la columna Importe de Prima (si el importe de prima no está disponible en el formulario).
- 3) Si se está escribiendo en la cobertura para sus dependientes, complete la sección Información de Dependientes del formulario de inscripción.

# › Preguntas Frecuentes

## ¿Quién es elegible para este seguro?

Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.

## ¿Cuándo comienza mi cobertura?

Debe presentarnos la información completa de inscripción a través de su Administrador de Beneficios *antes* de la fecha de vigencia solicitada. La inscripción será aceptada dentro de los 31 días siguientes al día que se hace elegible, sin embargo, la fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente.

## ¿Cuándo comienza la cobertura de mis dependientes?

Si se ofrece cobertura para dependientes, esta comenzará el mismo día de vigencia de su cobertura para los dependientes elegibles que inscribe en su solicitud de inscripción por escrito. Los dependientes añadidos en una fecha posterior serán asegurados según lo permitido por la Póliza.

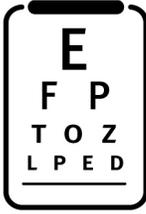
## Si me inscribo ahora ¿puedo cambiar o dejar mi cobertura en cualquier momento?

Su inscripción en esta cobertura es para una póliza de 12 meses. Durante esta Póliza de un Año, solo puede añadir o quitar dependientes, o terminar la cobertura dentro de los 31 días de la ocurrencia de un Suceso que Cambie su Vida calificativo (como se define en el Certificado). Estos sucesos incluyen el nacimiento de un hijo, una adopción pendiente, matrimonio, divorcio o pérdida de otra cobertura.

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el cuadernillo del certificado para obtener una explicación completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el cuadernillo del certificado y esta descripción, prevalecerá el Cuadernillo del certificado. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por la compañía que financia esta cobertura. El seguro dental está respaldado por Mutual of Omaha Insurance Company o United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en el número de formulario de la Póliza de New York: G2018MP o estado equivalente (en NC: G2018MP NC). La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporcionan en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.

SEGURO DENTAL





# Seguro Voluntario de Visión

PARA EMPLEADOS DE ACADEMIA CESAR CHAVEZ CHARTER SCHOOL

## ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

<b>Requisito de elegibilidad</b>	Debe estar trabajando activamente un mínimo de 30 horas por semana para ser elegible para la cobertura.
<b>Requisito de elegibilidad de dependientes</b>	Para ser elegible para la cobertura, cualquier hijo(s) dependiente debe ser menor de edad 26. Para que su cónyuge o sus hijos sean elegibles para la cobertura, debe elegir la cobertura para usted..
<b>Pago de las primas</b>	Usted paga en su totalidad las primas de este seguro.

<b>BENEFICIOS</b>	<b>COSTO DE MIEMBRO DENTRO DE LA RED</b>	<b>REEMBOLSO FUERA DE LA RED*</b>
<b>Examen con dilatación según sea necesario</b>	Copago de \$10	Hasta \$37
<b>Opciones de examen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Imágenes de la retina</li> <li>•Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar</li> <li>•Ajuste y seguimiento de lentes de contacto premium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hasta \$39</li> <li>•Hasta \$40</li> <li>•10% de descuento del precio de venta</li> </ul>	•No aplica
<b>Armazóns</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cualquier armazón disponible en la ubicación del proveedor</li> </ul>	•Copago de \$0, \$150 subsidio + 20% de descuento del saldo en exceso del subsidio	•Hasta \$66
<b>Lentes de plástico estándar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Visión simple</li> <li>•Bifocal</li> <li>•Trifocal</li> <li>•Lenticular</li> <li>•Lentes progresivas estándar (añadido al copago bifocal)</li> <li>•Lentes progresivas premium (añadido al copago bifocal) <ul style="list-style-type: none"> <li>•Nivel 1</li> <li>•Nivel 2</li> <li>•Nivel 3</li> <li>•Nivel 4</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Copago de \$10</li> <li>•Copago de \$10</li> <li>•Copago de \$10</li> <li>•Copago de \$10</li> <li>•Copago de \$65</li> <li>•Copago de \$85</li> <li>•Copago de \$95</li> <li>•Copago de \$110</li> <li>•Copago de \$65 + 80% del cargo menos \$120 de subsidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hasta \$32</li> <li>•Hasta \$48</li> <li>•Hasta \$76</li> <li>•Hasta \$76</li> <li>•Hasta \$48</li> <li>•Hasta \$48</li> <li>•Hasta \$48</li> <li>•Hasta \$48</li> </ul>

<b>Opciones de lentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recubrimiento UV</li> <li>• Tinte (sólido y gradiente)</li> <li>• Con capa protectora estándar</li> <li>• Policarbonato estándar (adultos)</li> <li>• Policarbonato estándar (menores de 19 años)</li> <li>• Estándar antirreflejante</li> <li>• Fotocromático - Transiciones</li> <li>• Otros complementos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0</li> <li>• Copago de \$0</li> <li>• Copago de \$0</li> <li>• \$40</li> <li>• Copago de \$0</li> <li>• \$45</li> <li>• \$75</li> <li>• 20% de descuento del precio de venta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta \$12</li> <li>• Hasta \$12</li> <li>• Hasta \$12</li> <li>• No aplica</li> <li>• Hasta \$32</li> <li>• No aplica</li> <li>• No aplica</li> <li>• No aplica</li> </ul>
<b>Lentes de contacto:</b> (El subsidio de lentes de contacto incluye solo los materiales) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convencional</li> <li>• Descartable</li> <li>• Por indicación médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0, \$150 subsidio + 15% de descuento del saldo en exceso del subsidio</li> <li>• Copago de \$0, \$150 subsidio</li> <li>• Copago de \$0, se paga en su totalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta \$102</li> <li>• Hasta \$120</li> <li>• Hasta \$210</li> </ul>
<b>Corrección de la visión con láser:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LASIK o PRK de U.S. Laser Network</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% de descuento del precio de venta o 5% de descuento del precio promocional</li> </ul>	
<b>Par de anteojos o lentes de contacto adicionales</b>	40% de descuento en un par de anteojos completos y 15% de descuento en lentes de contacto convencionales una vez que se haya utilizado el beneficio financiado	
<b>FRECUENCIA</b>		
<b>Exámenes</b>	Una vez cada 12 meses	
<b>Lentes o lentes de contacto</b>	Una vez cada 12 meses	
<b>Armazóns</b>	Una vez cada 12 meses	

\*El reembolso fuera de la red será el menor entre el monto indicado del costo real del miembro del proveedor fuera de la red. En ciertos estados, puede ser necesario que los miembros paguen la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores que participan. Consulte el localizador de proveedores en línea para determinar cuáles proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento.

## EXCLUSIONES

No pagaremos beneficios por ningún servicio ni material relacionado con los cargos que surjan de:

- ortóptica o entrenamiento de la vista, dispositivos para visión subnormal y cualquier prueba complementaria asociada;
- lentes aniseikónicos;
- tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o estructuras de soporte;
- cualquier examen ocular o de la vista, o cualquier tipo de lentes correctivos requeridos por el asegurado como condición de empleo;
- gafas de seguridad;
- servicios o materiales proporcionados o pagados en su totalidad o en parte por un gobierno estatal o federal o sus agencias;
- servicios o materiales proporcionados o pagados en su totalidad o en parte como resultado de la ley de compensación de los trabajadores o de enfermedades laborales o según lo requiera cualquier agencia o programa gubernamental federal o estatal;
- lentes planos (sin receta) o lentes de contactos;
- gafas de sol sin receta;
- dos pares de lentes en lugar de bifocales;
- servicios o materiales proporcionados o pagados en su totalidad o en parte por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione beneficios de la vista;
- ciertos materiales de visión de marca para los cuales el fabricante mantiene una práctica sin descuento;
- servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada deja de estar cubierta por la póliza; o
- lentes, armazóns, anteojos o lentes de contacto perdidos, robados o rotos hasta la próxima frecuencia de beneficios cuando los materiales de la visión estén disponibles.

**SERVICIOS****Programa de Descuento para la Audición**

El Programa de Descuento para la Audición les proporciona a usted y a su familia productos de audición con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite: [www.amplifonusa.com/mutualofomaha](http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha) para obtener más información.

**MONTO DE LA PRIMA****Nivel de cobertura****Monto de la prima (24 Deducciones de nómina por año)**

Employee/Member

\$4.18

Employee/Member + Spouse

\$9.63

Employee/Member + Child(ren)

\$10.63

Employee/Member + Family

\$16.25

# › Preguntas Frecuentes

## Si me inscribo ahora, ¿puedo cambiar o cancelar mi cobertura en cualquier momento?

Su inscripción en esta cobertura es por un año de póliza de 12 meses. Durante este año de póliza, puede agregar o eliminar dependientes dentro de los 31 días de un Evento de Cambio de Vida que califique (como se define en el Certificado). Estos eventos incluyen el nacimiento de un hijo, pendiente de adopción, matrimonio, divorcio o pérdida de otra cobertura.

Una vez que usted y sus dependientes estén inscritos en la cobertura, usted y sus dependientes deben permanecer inscritos hasta el próximo período de inscripción anual.

## ¿Cómo uso mi beneficio de visión?

La afiliación de Mutual of Omaha con la red Insight de EyeMed ofrece acceso a más de 91,000 proveedores. Para acceder a su beneficio de visión:

1. Busque y escoge un proveedor de la red; para ello llame al Centro de Atención al Cliente al **1-833-279-4358** o visite **[www.mutualofomaha.com/vision](http://www.mutualofomaha.com/vision)** y elija un proveedor en el localizador de proveedores. O descargue el EyeMed Members App en su iPhone, iPad o Android para ver los detalles de sus beneficios y la tarjeta de identificación en el momento que la necesite. Se ofrece servicio telefónico al cliente en español. La información en el sitio Web y EyeMed Members App solo está en inglés.
2. Agendar una cita. Muchos de nuestros proveedores también ofrecen citas sin turno previo, en cuyo caso no es necesario pedir una cita.
3. Cuando llegue, identifíquese como miembro de EyeMed o presente su tarjeta de identificación para recibir servicios. (No se requiere la tarjeta de identificación de la vista para recibir servicios)
4. Su proveedor de la red presentará reclamaciones en su nombre para que no tenga que preocuparse por nada.

## ¿Cómo puedo ver mi Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits) en línea?

Haga clic en "View Your Benefits" y seleccione "Claim Status". Si una Explicación de Beneficios está disponible para una reclamación, aparecerá una columna "EOB" junto a la reclamación. Haga clic en el botón "View" para ver el documento. Nota: Si la columna "EOB" no aparece, las Explicaciones de Beneficios no aplican a su plan.

## ¿Podré elegir algún producto para lentes disponible en una ubicación de proveedores dentro de la red?

¡Sí! Con sus beneficios de visión de Mutual of Omaha, desarrollados por EyeMed, puede aplicar su beneficio a cualquier armazón o marca de lentes de contacto que se ajuste a sus necesidades de visión y estilo de vida.

## ¿Puedo comprar dos pares de anteojos o anteojos y lentes de contacto en el mismo período de beneficios?

¡Sí! Usted es elegible para descuentos adicionales, una vez que se haya utilizado el beneficio cubierto. Ofrecemos el descuento de par adicional más grande en la industria: 40 por ciento de descuento en lentes y 15 por ciento en lentes de contacto convencionales, que pueden usarse en cualquier ubicación de la red en cualquier momento mientras esté cubierto por el plan.

## ¿Hay descuentos adicionales aparte de lo que cubre el plan?

¡Sí! Recibirá los siguientes ahorros adicionales:

- 40 por ciento de descuento en pares completos adicionales de lentes
- 20 por ciento de descuento en cualquier monto restante por armazones
- 15 por ciento de descuento en cualquier monto de lentes de contacto convencionales restante
- 20 por ciento de descuento en artículos no cubiertos, incluidos anteojos de sol sin receta, accesorios y limpiador de lentes
- 15 por ciento de descuento sobre el precio estándar o 5 por ciento de cualquier precio promocional de servicios LASIK o PRK

---

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el folleto de certificado para ver una explicación completa de los beneficios del plan, las exclusiones, las limitaciones y las reducciones. En caso de haber discrepancia entre este resumen y el folleto de certificado, prevalecerá este último. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por parte de la compañía aseguradora. El seguro para la vista es garantizado por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. Número de formulario de la póliza: G2018MP o estado equivalente (en NC: G2018MP NC). United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en New York.





# Noticias Especiales

**AÑO DEL PLAN: 2023**

---

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO

<b>ADMINISTRADOR DEL PLAN</b>	
Nombre de contacto:	ARTY ORTIZ
Número de teléfono:	651-294-4642
Correo electrónico:	aortiz@cesarchavezschoo.com
<b>PROVEEDOR DE SEGURO MÉDICO</b>	
Aseguradora de Salud:	BLUECROSS BLUESHIELD OF MINNESOTA
Servicio al Cliente:	866-286-2948
Sitio Web:	www.bluecrossmnonline.com
<b>OFICIAL DE PRIVACIDAD</b>	
Nombre de contacto	ARTY ORTIZ
Dirección de Negocios:	1801 LACROSSE AVE
	ST. PAUL MN 55119
Número de teléfono:	651-778-2940
Correo electrónico:	aortiz@cesarchavezschoo.com
Sitio Web:	www.cesarchavezschoo.com
<b>MEDICARE PART D</b>	
Acreditable	T23075P \$3,000-100% HSA

La información que se presenta en estos Avisos Especiales se basa en la información requerida por la ley. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre los Avisos especiales y los documentos del plan real, prevalecerán los documentos del plan real. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, comuníquese con el administrador de su plan.

## WHCRA AVISO DE INSCRIPCIÓN

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará en un administrador determinado en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de la complicación física de la mastectomía, incluido la linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se brindan en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: consulte su Certificado de cobertura o Descripción resumida del plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

## AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. (o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador de su plan.

## DIVULGACIÓN DE LA LEY DEL RECIÉN NACID

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a 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 que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

---

# NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA DE SALUD

## Información General

Cuando las partes clave de la ley de atención médica entren en vigencia en 2014, habrá una nueva forma de comprar un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

### ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto.

El Mercado ofrece "compras integrales" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

### ¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5 % de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que brinda su empleador no alcanza el "valor mínimo" estándar establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal.

**Nota:** Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si corresponde) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos sobre la renta federales y estatales. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

### ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

(caduca 6-30-2023)

---

## SU INFORMACIÓN, SUS DERECHOS, NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

### Tus derechos

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

<b>Obtenga una copia de su registro de salud y reclamos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.</li><li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.</li></ul>
<b>Pídanos que corrijamos los registros médicos y de reclamos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si cree que están correcto o incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo correctamente.</li><li>• Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.</li></ul>
<b>Solicitar comunicación confidencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.</li><li>• Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.</li></ul>
<b>Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago a nuestras operaciones.</li><li>• No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su atención.</li></ul>
<b>Obtenga una lista de estos con quienes hemos compartido información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.</li><li>• Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicitar otra dentro de los 12 meses.</li></ul>
<b>Obtenga una copia de este aviso de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.</li></ul>
<b>Elige a alguien para que actúe por ti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li><li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li></ul>
<b>Presente una queja si siente que se violan sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de contacto del Oficial de Privacidad.</li><li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/quejas/">www.hhs.gov/ocr/privacidad/hipaa/quejas/</a>. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li></ul>

## Tus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

<b>En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.</li><li>• Compartir información en situaciones de socorro en casos de desastre.</li><li>• Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.</li><li>• Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir sus informaciones cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad</li></ul>
<b>En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Propósitos de mercadeo</li><li>• Venta de su información</li></ul>

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

<b>Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.</li></ul>	Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.
<b>Ejecutar nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contratarlo cuando sea necesario.</li><li>• No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.</li></ul>	Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.
<b>Paga tus servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por sus servicios de salud</li></ul>	Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.
<b>Administra tu plan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.</li></ul>	Ejemplo: Su empresa se comunica con nosotros para brindarle un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Ayuda con problemas de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:</li> <li>• Prevención de enfermedades</li> <li>• Ayudar con retiros de productos</li> <li>• Notificación de reacciones adversas a medicamentos</li> <li>• Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>• Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona</li> </ul>
<b>Hacer investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.</li> </ul>
<b>Consentir con ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.</li> <li>• Podemos compartir información de salud con un médico forense, médico forense a director de una funeraria cuando una persona fallece.</li> </ul>
<b>Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar o compartir información médica sobre usted:</li> <li>• Para reclamos de compensación trabajadores</li> <li>• Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley.</li> <li>• Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley</li> <li>• Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.</li> </ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.</li> </ul>

### Nuestra Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: [www.hhs.gov/oct/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/oct/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

# GINA DIVULGACIÓN

## LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (“GINA”) protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su Empleador no puede solicitar ni requerir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia.

## MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

### Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (El Plan) Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. 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, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

## SALUD MENTAL y DIVULGACIÓN DE LA LEY DE EQUIDAD DE ADICCIÓN

La Paridad de la Salud Mental  
Y la Ley de equidad en adicciones de 2008 generalmente requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento ( como límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias no sean aplicables más restrictivo que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos/ quirúrgicos. Para obtener información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas bajo el plan de salud grupal de la compañía con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el administrador.

---

## ¿Que es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama un "evento de calificación". Los eventos calificadores específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificador, se debe ofrecer continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificador. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar la continuación de la cobertura de COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

Sus horas de trabajo se reducen, o  
Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

Tu esposo/a muere;

Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;

El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;

El padre-empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);

Los padres se divorcian o separan legalmente; o

El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

## ¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificativos:

El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo; Muerte del empleado; o el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento que califica. Debe proporcionar este aviso al Administrador del Plan.

---

## ¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificador, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA puede extenderse:

### **Extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA**

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de continuación de cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA. Comuníquese con el administrador de COBRA de inmediato o lo antes posible para notificarle esta calificación.

### **Extensión del segundo evento calificador del período de continuación de cobertura de 18 meses**

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento clasificatorio. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtenga la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

## ¿Existen otras opciones de cobertura además de la Cobertura de Continuación COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura 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 cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

---

## Si tienes preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana del Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

Mantenga a su Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

## AVISO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR ADA

Nuestro programa de bienestar es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación de riesgo de salud voluntaria o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedades del corazón). También se le pedirá que complete una evaluación biométrica, que incluirá un análisis de sangre. No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que opten por participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Es posible que haya incentivos adicionales disponibles para los empleados que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud o logren ciertos resultados de salud. Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud requeridos para ganar un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con el administrador del plan.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se usarán para brindarle información que lo ayude a comprender sus riesgos potenciales para la salud actuales y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También lo alentamos a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

---

## PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y nuestra empresa pueden usar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo, nunca divulgaremos su información personal públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud. De usted por una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá usarse para tomar decisiones con respecto a su empleo.

No se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará su información de salud, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La(s) única(s) persona(s) que recibirá(n) su información de salud personalmente identificable es(son) [indique quién recibirá información como "una enfermera registrada", "un médico" o "un entrenador de salud"] para brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo. [Especifique cualquier otra protección de confidencialidad o adicional, si corresponde.] Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en caso de que ocurra una violación de datos que involucre información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

Usted no puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede estar sujeto a represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el administrador del plan.

### Divulgación del programa de bienestar

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a alcanzar su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, puede calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Comuníquese con el administrador de su plan y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

---

## Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con la prima, pero puede comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la asistencia con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame a **1-866-444-EBSA (3272)**.

---

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de Julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:**

ALABAMA-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>

ALASKA-Medicaid	COLORADO-Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
<p>El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK            Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a>            Teléfono: 1-866-251-4861            Correo electrónico:  <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Medicaid            Elegibilidad:  <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a></p>	<p>Salud Primero Colorado Sitio web:  <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a>            Salud Primero Colorado Centro de contacto para miembros: 1-800-221-3943/ State Relay 711            CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a>            CHP+ Servicio al Cliente: 1-800-359-1991/ State Relay 711            Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI):  <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a>            HIBI Servicio al Cliente: 1-855-692-6442</p>
ARKANSAS-Medicaid	FLORIDA-Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a>            Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html</a>            Teléfono: 1-877-357-3268</p>

GEORGIA-Medicaid MASSACHUSETTS	-Medicaid and CHIP
<p>GA HIPP Sitio web:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>            Teléfono: 678-564-1162,            Presiona 1 GA CHIPRA            Sitio web:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a>            Teléfono: (678) 564-1162, Press 2</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>            Teléfono: 1-800-862-4840            TTY: (617) 886-8102</p>
INDIANA-Medicaid	MINNESOTA-Medicaid
<p>Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64            Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a>            Teléfono: 1-877-438-4479            Todos los demas Medicaid            Sitio web:  <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>            Teléfono: 1-800-657-3739</p>
IOWA-Medicaid and CHIP (Hawki)	MISSOURI-Medicaid
<p>Medicaid Sitio web:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> Medicaid Teléfono:            1-800-338-8366 Hawki Sitio web:  <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>            Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a> HIPP Teléfono: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web:  <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>            Teléfono: 573-751-2005</p>

KANSAS-Medicaid	MONTANA-Medicaid
<p>Sitio web:  <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>            Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p><a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIP</a>            Teléfono: 1-800-694-3084            Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPProgram@mt.gov">HSHIPProgram@mt.gov</a></p>
KENTUCKY-Medicaid Sitio web:	NEBRASKA-Medicaid
<p>Kentucky Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico (KI-HIPP) Sitio web:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>            Teléfono: 1-855-459-6328            Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>KCHIP Sitio web:  <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>            Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Kentucky Medicaid Sitio web:  <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p>	<p>Sitio web:  <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>            Teléfono: 1-855-632-7633            Lincoln: 402-473-7000            Omaha: 402-595-1178</p>
LOUISIANA-Medicaid	NEVADA-Medicaid
<p>Sitio web:  <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> or <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>            Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Medicaid Sitio web:  <a href="http://dhcfnv.gov">http://dhcfnv.gov</a> Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900</p>
MAINE-Medicaid	NEW HAMPSHIRE-Medicaid
<p>Sitio web de inscripción:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-442-6003            TTY: Maine relay 711</p> <p>Página web de primas de seguros privados de salud:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-977-6740.            TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>            Teléfono: 603-271-5218            Número gratuito para el HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218</p>

<p align="center"><b>NEW JERSEY-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Medicaid Sitio web:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>  Medicaid Teléfono: 609-631-2392  CHIP Sitio web:  <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> CHIP  Teléfono: 1-800-701-0710</p>	<p align="center"><b>SOUTH DAKOTA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>  Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center"><b>NEW YORK-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>  Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p align="center"><b>TEXAS-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a>  Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p align="center"><b>NORTH CAROLINA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono:  919-855-4100</p>	<p align="center"><b>UTAH-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Medicaid Sitio web:  <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> CHIP Sitio web:  <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center"><b>NORTH DAKOTA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medical/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medical/</a>  Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p align="center"><b>VERMONT-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a>  Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p align="center"><b>OKLAHOMA-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>  Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center"><b>VIRGINIA-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a>  <a href="https://www.coverva.org/en/hipp">https://www.coverva.org/en/hipp</a>  Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924  CHIP Teléfono: 1-800-432-5924</p>
<p align="center"><b>OREGON-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>  <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a>  Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p align="center"><b>WASHINGTON-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a>  Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center"><b>PENNSYLVANIA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a>  Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center"><b>WEST VIRGINIA-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a>  <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a>  Medicaid Teléfono: 304-558-1700  CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center"><b>RHODE ISLAND-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>  Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Rito Directo Línea Compartida)</p>	<p align="center"><b>WISCONSIN-Medicaid and CHIP</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a>  Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center"><b>SOUTH CAROLINA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>  Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center"><b>WYOMING-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a>  Teléfono: 1-800-251-1269</p>

---

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia premium desde el 31 de Julio de 2022, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

U.S. Department of Labor  
Seguridad de beneficios para empleados  
Administration  
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

### **Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información tiene un promedio de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Autorización de PRA Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de OMB 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2023)

---

## **AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE ACREDITABLE**

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados actual y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

### **Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. puedes conseguir esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o se une un Plan Advantage de la onu (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionar al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Hemos determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece la compañía es, en promedio, para todos los planes participantes, se espera que paguen tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare paga y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

- Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año a partir de Octubre 15th al 7 de diciembre.
- Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, sin que sea su culpa, también ser elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

- Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada. - Consulte a la compañía de seguros para obtener información adicional sobre la cobertura del plan.
- Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

---

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

- También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.
- Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima mensual del beneficiario base de Medicare por cada mes que no tener esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el próximo mes de octubre para unirte.

### **Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...**

Comuníquese con la persona que figura como administrador del plan para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...**

- Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente
- Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare: Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).