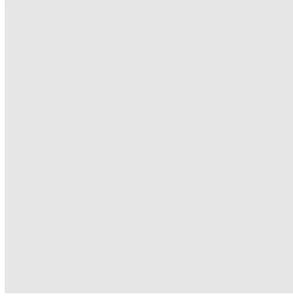


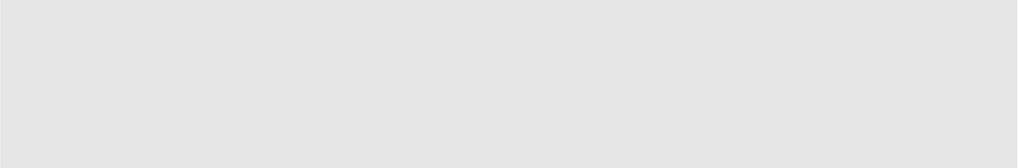
La decisión es suya.



2021



Guía de
decisiones sobre
los beneficios



Gaumer Process se complace en ofrecer una amplia selección de beneficios que le ofrecen flexibilidad, variedad y la facilidad para hacerse cargo de los gastos de sus beneficios. Por favor lea a continuación la información sobre la elegibilidad, los cambios, la inscripción y el contenido de la guía para decidir sobre el beneficio.

Quién es elegible...

Empleados: Los empleados de tiempo completo de Gaumer Process que trabajan 30 o más horas a la semana y han cumplido el periodo de espera (primero del mes después de treinta (30) días de servicio) son elegibles para inscribirse en los beneficios descritos en esta guía.

Cónyuge legal: Su cónyuge legal es elegible para inscribirse en un seguro de atención médica, dental, del cuidado la vista, de enfermedad grave, de accidente, de indemnización por ingreso al hospital y de vida pagado por el empleado.

Hijos dependientes: Los hijos dependientes hasta los 26 años son elegibles para seguro médico, dental, de la vista y de vida pagado por el empleado. Los hijos dependientes que sean mayores de 26 años pero son incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad física o mental, si quedaron discapacitados mientras eran dependientes elegibles.

Cuándo hacer cambios...

A menos de que usted tenga un cambio de estatus calificado, no podrá hacer cambios a los beneficios que haya elegido que sean antes de impuestos hasta el siguiente periodo de inscripción abierta. Sus beneficios antes de impuestos son de atención médica, dentales y del cuidado de la vista. Todos los demás beneficios se pueden cambiar el cualquier momento haciendo la debida notificación a RH. Los cambios de estatus calificados incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, nacimiento o adopción de un hijo, cambio del estatus dependiente de un hijo, muerte del cónyuge legal, hijo u otro dependiente calificado, cambio de residencia debido al traslado de su empleo o el de su cónyuge legal, inicio o finalización de un proceso de adopción, o cambio en los beneficios o situación laboral de su cónyuge legal. Por favor póngase en contacto con Recursos Humanos en un término de 30 días a partir del cambio en el estatus para hacer cambios a los beneficios.

Cuándo inscribirse ...

Los beneficios que usted elija durante la inscripción abierta anual estarán vigentes del 1 de enero de 2021.

Para la inscripción abierta anual, el periodo de inscripción abierta anual ocurre dentro de tres (3) meses antes de la fecha de entrada en vigencia, es decir, el 1 de enero.

Para las inscripciones de los recién contratados, se les comunicará el periodo de inscripción con base en la fecha de contratación del empleado.

Las decisiones se DEBEN tomar **A MÁS TARDAR** en la fecha límite asignada.

Contenido de su Guía para decidir sobre el beneficio:

CONTACTOS	Página 2
BENEFICIOS DE SALUD	
Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados	Página 3
Cuenta de gastos flexibles.....	Página 7
Seguro de atención dental.....	Página 8
Seguro de cuidado de la vista	Página 9
VIDA Y DISCAPACIDAD	
Seguro de vida	Página 10
AVISOS LEGALES	Página 11

En caso de que usted (y/o sus dependientes) tengan Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le brinda más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Para más detalles, por favor lea el Aviso de cobertura de medicamentos recetados acreditable y Medicare en los Avisos legales al reverso de este folleto.

Contactos

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	NÚMERO TELEFÓNICO	APLICACIÓN MÓVIL PÁGINA WEB
Medicamentos recetados y atención médica	Aetna	888-416-2277	www.aetna.com
Telesalud	Teledoc Se ofrece solo a participantes de atención médica de Aetna	1-855-Teladoc (835-2362)	www.teladoc.com/Aetna
Cuidado dental	Delta Dental of TN	800-223-3104	www.DeltaDentalTN.com
Cuidado de la vista	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Seguro de Vida a término/ Muerte accidental y desmembramiento	UnitedHealthcare	866-615-8727 Programa de asistencia al empleado: 866-302-4480	www.myuhc.com

Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

La cobertura de atención médica ofrece valiosos beneficios para ayudarle a estar saludable y pagar por la atención si usted o sus familiares en cobertura se enferman o accidentan. Los planes de atención médica disponibles para usted incluyen una variedad de costos y niveles de cobertura, dándole la flexibilidad para seleccionar el plan ideal para usted. En esta guía encontrará un resumen de cada uno de los planes.

Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA)

Los planes de atención médica que ofrecemos cumplen con los Estándares de valor mínimo y asequibilidad de la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA).

Sitio web para miembros: Aetna Navigator

Aetna Navigator es su sitio web seguro para miembros en el que encontrará toda la información de su plan y las herramientas para ahorrar costos en un solo lugar. Al iniciar sesión en www.aetna.com, podrá:

- Encontrar médicos, dentistas, farmacias y hospitales
- Encontrar su tarjeta de identificación
- Buscar una reclamación
- Consultar su cobertura
- Llevar un registro de los costos de atención médica
- Hacer que le envíen a su casa los medicamentos que toma todos los días
- Obtener un resumen de sus visitas al médico, exámenes médicos, recetas y otras actividades de salud
- Imprimir registros de vacunas preventivas y chequeos
- Llenar una evaluación de salud
- Tener acceso a la asistente virtual de Aetna, Ann, la cual puede ayudarle a navegar en el sitio de www.aetna.com

¡Es muy fácil empezar!

Nuevos miembros: visiten www.aetna.com y seleccionen “Registrarse ahora”. ¿Ya se registró en Aetna Navigator? Ahora inicie sesión para hacer uso de todas sus funciones y herramientas.

Las funciones y programas de Aetna están diseñadas para ayudarle a hacer su vida más fácil y saludable

Línea de salud informada: acceso las 24 horas a una enfermera y temas de bienestar sin costo adicional.

Programa de descuentos de Aetna: acceso a descuentos para gimnasios, productos auditivos, control de peso, productos y servicios naturales y de la vista.

Calculadora de pagos para miembros: herramienta gratuita en línea que permite a los miembros calcular los gastos de atención médica que pagarán de su bolsillo y comparar los costos.

Farmacia de orden por correo con entrega a domicilio de Aetna Rx

Teladoc

Aplicación de salud de Aetna: envíe un mensaje de texto con la palabra AETNA al 90156 para descargar la aplicación. Pueden aplicarse cargos de datos.

¡Lo dice la Ley!

Como parte de la Ley de cuidado de salud a bajo precio, la mayoría de los norteamericanos debe tener un seguro médico o pagar una multa fiscal federal. Asegúrese de tener cobertura, ya sea a través de un plan patrocinado por su empleador o a través de otra opción disponible para usted, como los beneficios del empleador de su cónyuge o un programa del gobierno como Medicare o Medicaid.

Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

Antes de elegir sus beneficios, considere...

- ¿Cuánta atención médica, y qué tipo de atención, necesitó este año?
- ¿Espera que sus necesidades sean similares el próximo año? ¿Cree que habrá algún cambio?
- ¿Prefiere pagar menos de su cheque de pago y más de su bolsillo cuando necesite atención, o más de su cheque de pago y menos de su bolsillo cuando necesite atención?

Palabras clave que debe saber de su Plan médico:

A continuación le presentamos ejemplos generales de palabras clave con las que debe familiarizarse. Tenga en cuenta que no son garantía de cobertura. Revise los Documentos de su Plan y los Resúmenes de beneficios para confirmar los beneficios en cobertura.

Copago: La cantidad que usted paga por un servicio en cobertura cada vez que usa ese servicio. No aplica para el deducible.

Deducible: La cantidad que usted paga antes de que el plan empiece a pagar.

Gastos no reembolsables: Gastos que usted paga por su cuenta, como deducibles, copagos, coseguro y servicios que no están en cobertura.

Máximo no reembolsable: El monto máximo que usted paga por los servicios en cobertura en un año (es posible que tenga que pagar cantidades adicionales si la cobertura la recibe de un proveedor fuera de la red).

Coseguro: Porcentaje del costo que su plan pagará, normalmente después de que haya cumplido el deducible.

HDHP: Plan de salud con deducible alto.

Dentro de la red vs. Fuera de la red:

Tiene la opción de consultar a cualquier proveedor que elija. Sin embargo, ahorrará dinero cuando reciba atención de un proveedor de la red. Para acceder a una lista de proveedores de la red, regístrese en su sitio web seguro de Aetna Navigator. Una vez que lo haga, obtendrá una versión personalizada de DocFind. Cada vez que entre, el nombre de su plan y el código postal ya estarán incluidos. ¡Eso hace que su búsqueda sea aún más fácil! Si no es miembro de Aetna, visite www.aetna.com. Haga clic en "Buscar un doctor". Si desea un directorio impreso, simplemente llame al número gratuito de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación de miembro y solicite el directorio. Si aún no es miembro, llame al 1-888-87-AETNA (1-888-872-3862).

Cómo encontrar un proveedor de la red

1. Visite www.aetna.com
2. En "**Enlaces rápidos**", haga clic en "**Buscar un médico**".
3. En "**Continuar como invitado**", ingrese el código postal y el radio, luego haga clic en buscar
4. Cuando se le solicite **Seleccionar un plan** del menú desplegable, elija Planes de acceso abierto de Aetna > **POS de opción administrada (acceso abierto)** haga clic en continuar
5. Desde allí, podrá buscar proveedores y hospitales por nombre o categoría.

Niveles de medicamentos recetados

NIVEL	USTED PAGA	LO QUE ENTRA EN COBERTURA
1	Costo compartido más bajo	la mayoría de los medicamentos recetados genéricos Los medicamentos recetados genéricos utilizan los mismos ingredientes activos que los medicamentos recetados de marca y funcionan de la misma manera. Los medicamentos genéricos son equivalentes a un producto de marca en forma de dosis, concentración, calidad y uso previsto.
2	Segundo costo compartido más bajo	Medicamentos de marca preferidos Medicamentos que se venden bajo un nombre comercial específico que el plan de farmacia tiene un precio favorable.
3	Costo compartido más alto	Medicamentos de marca no preferidos (se incluyen algunos genéricos) Medicamentos que se venden bajo un nombre comercial específico que tienen una alternativa razonable y más rentable en el Nivel 1 o Nivel 2.

Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

Aetna

Red: *Open Access Managed Choice (OAMC) POS* es la red de proveedores de Aetna más grande de su estado.

RESUMEN DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA

	Plan Buy Up: \$1,500 de deducible TX19 OAMC 1500		Plan Base: \$5,000 de deducible TX19 OAMC 5000	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Dentro de la red				
Deducible individual/familiar	\$1,500 / \$3,000	\$3,000 / \$9,000	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$30,000
Coseguro del miembro	20%	50%	30%	50%
*Máximo no reembolsable individual/familia	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$30,000	\$6,600 / \$13,200	\$13,000 / \$39,000
Visita al consultorio (Atención primaria/ Especialista)	\$30 / \$50 de copago	Usted paga 50% después del deducible	\$40 / \$70 de copago	Usted paga 50% después del deducible
Atención médica urgente	\$75 de copago	Usted paga 50%	\$100 de copago	Usted paga 50%
Consulta de atención preventiva	Cubierto al 100%, no aplica deducible	Usted paga 50% después del deducible	Cubierto al 100%, no aplica deducible	Usted paga 40% después del deducible
Medicamentos de venta al menudeo				
Medicamentos Nivel 1A	\$3 de copago	30% del coto autorizado después del copago aplicable	\$3 de copago	30% del coto autorizado después del copago aplicable
Medicamentos genéricos preferidos	\$10 de copago		\$10 de copago	
Medicamentos de marca preferidos	\$35 de copago		\$35 de copago	
Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	\$70 de copago		\$70 de copago	
Medicamentos de especialidad	\$150 de copago (\$300 por orden por correo)		\$150 de copago (\$300 por orden por correo)	
Orden por correo	2.5X de copago			

* Incluye el deducible, los coseguros y los copagos.

**Los copagos se aplican después de que se cumpla el deducible. Por favor tenga en cuenta que, si el miembro o el médico solicita medicamentos de marca cuando hay genéricos disponibles, el miembro paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio genérico y el precio de marca.

Nota: Los centros de la red pueden tener proveedores fuera de la red, por lo tanto, puede aplicar la facturación de saldo

Información útil acerca de los Deducibles y los Máximos no reembolsables

Para cualquiera de los planes médicos, si, además de usted, cubre a algún miembro de su familia:

- Una vez que un miembro de la familia cubra el Deducible Individual, se empiezan a pagar los beneficios para esa persona, y
- Una vez que un miembro de la familia cubra el Máximo no reembolsable individual, el plan paga el total de los beneficios en cobertura para esa persona.

Este cuadro destaca algunas de las disposiciones del plan. Para una lista más detallada de los beneficios, consulte su Resumen de beneficios y cobertura o su Certificado de cobertura.

Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

Características del programa Aetna

Teladoc: este servicio ofrece a los miembros acceso a una red nacional de médicos certificados por la junta de los EE.UU. que están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, para resolver muchos de los problemas médicos no urgentes que pueda tener. Se aplica un copago de \$40 al momento del servicio, lo cual es menos que el costo de una visita a un centro de atención médica urgente o a la sala de urgencias.

Puede acceder a Teladoc de tres (3) formas diferentes:

- En línea: www.teladoc.com/Aetna
- Por teléfono: 1-855-Teladoc (835-2362)
- En Aplicación Móvil: www.teladoc.com/mobile

Recuerde: debe registrarse en línea antes de usar la aplicación móvil

Programa de descuentos de Aetna:

- **Descuentos para estar en forma:** obtenga las tarifas más bajas garantizadas para inscribirse en más de 10,000 gimnasios (la lista sigue aumentando) de la red GlobalFit®. Esta oferta es solo para nuevos miembros de gimnasios. Si ya pertenece a un gimnasio, o perteneció hace poco, llame a GlobalFit al 1-800-298-7800 para ver si se aplica un descuento.
- **Descuentos en aparatos auditivos:** Ahorre en audífonos y exámenes a través de Hearing Care Solutions o Amplifon Hearing Health Care.
- **Descuentos para control de peso:** pierda peso, siéntase bien y ahorre en CalorieKing, Jenny Craig o Nutrisystem.
- **Descuentos en productos y servicios naturales:** Ahorre en buena salud a través del programa ChooseHealthy.

Si es miembro de Aetna, puede comenzar en tres sencillos pasos:

1. Una vez que sea miembro de Aetna, inicie sesión en su sitio web seguro para miembros de www.aetna.com.
2. Elija "Programas de salud", luego "Ver los descuentos".
3. Siga los pasos para cada descuento que desee utilizar.

Línea de salud informada: línea de información las 24 horas para preguntas de salud. Usted y los miembros de su familia con cobertura pueden llamar tantas veces como necesiten sin costo adicional. Al comunicarse con la Línea de Salud Informada podrá:

- Obtener información sobre una amplia gama de temas de salud y bienestar.
- Tomar mejores decisiones de atención médica
- Obtener más información sobre un examen o procedimiento médico
- Recibir ayuda para prepararse para una visita a su médico.
- Recibir correos electrónicos con enlaces a videos relacionados con su pregunta o tema.
- Conectarse en línea para usar nuestro verificador de síntomas, obtener información sobre las opciones de tratamiento y los riesgos para la salud, investigar un medicamento y mucho más.

Puede tener acceso a este servicio llamando sin costo al número de la línea de salud que aparece en el reverso de su tarjeta médica o visitando www.aetna.com.

Calculadora de pagos para miembros de Aetna: esta herramienta gratuita en línea permite a los miembros de Aetna calcular lo que pagarán de su bolsillo por servicios y procedimientos de atención médica comunes, comparar costos y buscar un proveedor de menor costo. Puede acceder a este servicio visitando www.aetna.com.

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)

Una Cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) para el Cuidado de la salud es un beneficio patrocinado por el empleador que permite a los empleados separar dólares de su cheque de pago, antes de impuestos, para cubrir los gastos elegibles del cuidado de la salud. El dinero invertido en el plan evita tanto el impuesto sobre la renta federal como FICA.

Gaumer Process le ofrece las siguientes FSA:

FSA de atención médica

- Pague los gastos de atención médica elegibles, como deducibles, copagos y coseguros del Plan.
- Contribuya hasta \$2,400.

FSA de cuidado de dependientes

- Pague los gastos elegibles del cuidado de dependientes, como el cuidado diurno de un niño o el cuidado de un adulto dependiente, para que usted y/o su cónyuge puedan trabajar, buscar trabajo o asistir a la escuela de tiempo completo.
- Contribuya hasta \$5,000 en el 2021, o \$2,500 si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado.

	FSA de atención médica	FSA de cuidado de dependientes
Elegible para contribuciones de la empresa	No	No
Puede cambiar el monto de su contribución en cualquier momento	No	No
Puede tener acceso al monto total de su contribución anual desde el comienzo del año del plan	Sí	No
Puede tener acceso solo a los fondos que se han depositado	No	Sí
"Se usan o se pierden" al final del año	Sí	Sí
El dinero siempre es suyo para quedárselo	No	No

Estime los gastos con atención

Recuerde que las FSA son cuentas que "se usan o se pierden". Perderá todo el saldo que le quede en la cuenta al final del año del plan.

Cuando se inscribe en una FSA de atención médica, recibirá una tarjeta de débito, que puede usar para pagar los gastos elegibles. Dependiendo de la transacción, es posible que deba enviar recibos u otra documentación al administrador de su FSA.

¿Qué es un gasto elegible?

FSA de atención médica– deducibles, copagos, coseguros y otros gastos de atención médica del plan. Para más información, consulte la publicación 502 del IRS en www.irs.gov.

FSA para el cuidado de dependientes – cuidado diurno de niños, niñeras, cuidado en el hogar para ancianos dependientes y gastos relacionados. Para más información, consulte la publicación 503 del IRS en www.irs.gov.

Seguro Dental

Delta Dental of TN

Red Dual: Red PPO & Premier

Su sonrisa dice mucho sobre su salud en general. Los dientes y encías sanos son una parte esencial de su salud y bienestar general. De hecho, las investigaciones muestran que puede haber una relación entre la mala salud dental y ciertas enfermedades graves. Los exámenes dentales pueden detectar algunas condiciones de salud tempranamente y no cuando ya estén avanzadas, por eso es importante hacerse chequeos dentales regulares y mantener una buena higiene oral.

Red del proveedor

Delta Dental ofrece dos (2) redes de proveedores. La Red PPO Delta Dental brinda una red más pequeña con bastantes descuentos,

mientras que la Red Premier Delta Dental brinda una red más grande con descuentos estándares. Puede también acudir con un dentista fuera de la red; sin embargo, no tendrá descuentos, le entregarán su factura y deberá presentar sus propias reclamaciones.

Encontrar a un proveedor

Encuentre proveedores de la red en línea en www.DeltaDentalTN.com, haga clic en “FIND A DENTIST” (“ENCONTRAR UN DENTISTA”) y después elija su red; PPO o Premier o llame sin costo al 800-223-3104.

Recursos de COVID-19 para los miembros de Delta Dental de TN

Visite el enlace de abajo para saber qué esperar en las citas dentales y mantener su higiene oral en casa. <https://tennessee.deltadental.com/en/covid-19-member-update.html>

Aplicación Delta Dental Mobile

- Tarjeta de identificación móvil
- Reclamaciones e información sobre la cobertura
- Herramientas de búsqueda de la red de dentistas
- Herramienta Dental Care Cost Estimator



RESUMEN DEL PLAN DENTAL

Red	Opción 1: Plan base			Opción 2: Plan de incremento (Buy-Up)		
	PPO	Premier	Fuera de la red	PPO	Premier	Fuera de la red
Beneficio máximo anual por año calendario	\$2,000 por persona <i>Plan Preventive Advantage – Cada año el miembro recibe un servicio preventivo, el máximo anual del miembro incrementará \$100 el siguiente año, sin exceder un incremento de \$500</i>			\$2,000 por persona <i>Plan Preventive Advantage – Cada año el miembro recibe un servicio preventivo, el máximo anual del miembro incrementará \$100 el siguiente año, sin exceder un incremento de \$500</i>		
Deducible individual /familiar	\$50/\$150			\$50/\$150		
Servicios preventivos	El plan paga el 100	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100%*
	Servicios de diagnóstico y preventivos, selladores, biopsia por cepillado, radiografías, mantenimiento periodontal					
Servicios básicos	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%
	Tratamiento paliativo de emergencia, servicios de restauración menor, extracciones simples, prótesis dentales y reparaciones			Tratamiento paliativo de emergencia, servicios de restauración menor, endodoncia, periodoncia , cirugía oral, prótesis dentales y reparaciones		
Servicios mayores	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%	El plan paga el 50	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%
	Endodoncia, periodoncia , cirugía oral, servicios de restauración mayor, tratamiento para TMD, prostodoncia			Servicios de restauración mayores, tratamiento para TMD, prostodoncia		
Servicios de ortodoncia	No entra en cobertura			El plan paga el 50%	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%
Máximo para ortodoncia de por vida	No entra en cobertura			\$1,500**		

* El deducible no aplica.

** La cobertura de ortodoncia está disponible para niños y adultos elegibles.

Palabras clave que debe saber: A continuación le presentamos ejemplos generales de palabras clave con las que debe familiarizarse. Tenga en cuenta que no son garantía de cobertura. Revise los Documentos de su Plan y los Resúmenes de beneficios para confirmar los beneficios en cobertura.

Beneficio máximo anual: El monto total máximo que el plan pagará durante el año del plan.

Deducible: La cantidad que usted paga antes de que el plan empiece a pagar.

Servicios preventivos: Servicios diseñados para prevenir o diagnosticar condiciones dental incluyendo evaluaciones orales, limpiezas de rutina, rayos X, tratamientos de flúor y selladores.

Servicios básicos y mayores: Servicios como endodoncia y periodoncia otros con base en la opción de plan.

Ortodoncia: Servicios como enderezamiento de los dientes o el mover dientes y/o mandíbula desalineados con frenos y/o cirugía.

Seguro de la vista

VSP

Plan de elección VSP

Hacerse un examen de la vista anual es una de las mejores maneras de asegurarse de mantener sus ojos saludables. Los exámenes de la vista pueden ayudar a evitar y tratar oportunamente los problemas de la vista corregibles que pueden provocar una discapacidad visual permanente. Usted puede inscribirse en una cobertura de la vista para ahorrar dinero en gastos del cuidado de la vista elegibles, como exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto.

Encontrar a un proveedor

Encuentre proveedores de la red en línea en www.vsp.com, haga clic en “Find an In-Network Doctor” (“Encontrar un médico de la red”) y seleccione la ubicación de su red, consultorio o médico. El Departamento de Servicio al Cliente de VSP también está disponible en el 800-877-7195 para ayudarle a encontrar un proveedor local.

Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación electrónicas están disponibles al iniciar sesión como miembro en www.vsp.com. Sin embargo, las tarjetas de identificación no son obligatorias para obtener los beneficios. Al momento del servicio, por favor dígame al médico su nombre, número de seguro social y VSP como su proveedor. Su médico podrá ubicar sus beneficios electrónicamente.

RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADO DE LA VISTA

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen de rutina de la vista	\$20 de copago	\$45 de reembolso
	Una vez cada 12 meses	
Anteojos (visión sencilla, bifocal y trifocal)	Visión sencilla, bifocal y trifocal :\$20 de copago Estándar progresivo:\$20 de copago	Visión sencilla: \$30 de reembolso Bifocal: \$50 de reembolso Trifocal: \$65 de reembolso Progresivos: \$50 de reembolso
Lentes de contacto (en lugar de armazones y lentes) <i>Convencionales</i>	Límite de \$130;	\$105 de reembolso
<i>Desechables</i>	20% adicional pasando el límite; Límite de \$130	\$105 de reembolso
<i>Médicamente necesarios</i>	\$20 de copago	\$210 de reembolso
	Una vez cada 12 meses para comprar ya sea 1 par de anteojos o gafas o 1 par de lentes de contacto	
Armazones	Límite de \$130; 20% adicional pasando el límite	\$70 de reembolso
	Una vez cada 24 meses	

Palabras clave que debe saber:

A continuación le presentamos ejemplos generales de palabras clave con las que debe familiarizarse. Tenga en cuenta que no son garantía de cobertura. Revise los Documentos de su Plan y los Resúmenes de beneficios para [confirmar los beneficios en cobertura](#).

Copago: La cantidad que usted paga por un servicio en cobertura cada vez que usa ese servicio.

Límite al menudeo: Límite máximo pagado para el costo de materiales de la vista. Usted deberá pagar cualquier cantidad que exceda el límite al menudeo.

Extras exclusivos para miembros

Nuestros miembros son lo más importante, por eso les ofrecemos Extras exclusivos para miembros tanto de VSP como de las marcas líderes del mercado, haciendo un total de más de \$2,500 en ahorros. Por ejemplo.

Lentes de contacto	Exclusivos ahorros por correo en lentes de contacto elegibles Ahorros en el suplemento EyePromise EZ Tears para síndrome de ojo seco y uso de lentes de contacto
Anteojos	Ahorros de hasta el 50% en lentes digitales UNITY® Ahorros de hasta el 40% en lentes fotocromáticos sunsyncTM Ahorros promedio de \$325 en lentes de sol recetados autorizados marca Nike Extra de \$20 para gastar en marcas distinguidas de armazones como bebe®, Calvin Klein, Cole Haan, Flexon®, Lacoste, Nike, Nine West y más
LASIK	Ahorros de hasta \$500 en cirugía LASIK para la corrección de la vista
Más ofertas	Envío gratuito, la ventaja de comprar en casa y ahorros en lentes de contacto y lentes de sol en eyeconic.com Acceso a un financiamiento especial para gastos de atención médica y del cuidado de la vista con la tarjeta de crédito CareCredit
Aparatos auditivos:	Ahorros de hasta el 60% en un par de aparatos auditivos digitales y ahorros en baterías para usted y los miembros de su familia extendida a través de TruHearing®

Las ofertas anteriores se actualizan frecuentemente. Conozca más acerca de estas y otras ofertas en vsp.com/specialoffer.

Seguro de vida

UnitedHealthcare – VIDA A TÉRMINO, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

El Seguro de vida brinda protección financiera importante para usted y para su familia. Puede elegir diferentes niveles de cobertura de seguro de vida para satisfacer sus necesidades.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagado por el empleador – Su empleador cubre un seguro de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin ningún costo para usted. Esta cobertura le da un beneficio de \$50,000.

Tenga en cuenta: El beneficio básico de Seguro de vida y AD&D se reducirá al 65% a los 65 años, al 40% a los 70 años, al 25% a los 75 años y terminará cuando se jubile.

Seguro de vida a término pagado por el empleado / AD&D –

Para complementar la cobertura que le da su empleador, usted puede comprar un seguro de vida a término adicional. Esta cobertura está ligada a su empleo y normalmente termina si deja a su empleador. Sin embargo, es posible que pueda conservar esta cobertura por usted mismo con la misma compañía de seguros en caso de que deje a su empleador. **Debe comprar esta cobertura si desea comprar un seguro de vida a término para su cónyuge y/o hijos.**

Seguro de vida a término para su cónyuge – Puede comprar un seguro de vida a término para su cónyuge. Esta cobertura está ligada a su empleo y normalmente termina si deja a su empleador. Sin embargo, es posible que pueda conservar esta cobertura por usted mismo con la misma compañía de seguros en caso de que deje a su empleador.

Seguro de vida a término para sus hijos – Puede comprar un seguro de vida a término para sus hijos dependientes de hasta 26 años. Esta cobertura está ligada a su empleo y normalmente termina si deja a su empleador. Sin embargo, es posible que pueda conservar esta cobertura por usted mismo con la misma compañía de seguros en caso de que deje a su empleador.

Información importante

Nombre a un beneficiario

Es importante elegir un beneficiario o beneficiarios para que reciban el pago del beneficio de la póliza en caso de muerte de la persona asegurada.

Para las pólizas de vida a término del cónyuge y los hijos, usted (el empleado) queda automáticamente designado como beneficiario.

Declaración de salud

La cobertura del Seguro de Vida sobre cierto monto puede requerir una aprobación de la compañía de seguros. Recibirá más información después de elegir la cobertura.

RESUMEN DEL PLAN DE SEGURO DE VIDA/AD&D PAGADO POR EL EMPLEADO

	Mínimo	Monto de emisión garantizado	Máximo
Empleado	\$10,000	\$100,000	Incrementos de \$10,000 hasta el menor de (5) veces el salario anual básico o \$400,000
Cónyuge	\$5,000	\$30,000	Incrementos de \$5,000 hasta \$150,000 sin exceder el 50% de la elección del empleado
Hijo/a	\$2,500	\$10,000	Incrementos de \$2,500 hasta \$10,000 y no puede exceder el 50% del monto del Seguro de vida voluntario del Empleado. *El beneficio máximo para los hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses es \$1,000

AVISOS ANUALES 2021

Su Compañía se reserva el derecho de cambiar, corregir o finalizar cualquier plan de beneficios en cualquier momento por cualquier razón. La participación en un plan de beneficios no es promesa o garantía de empleo futuro. La recepción de los documentos sobre los beneficios no constituye la elegibilidad.

La Guía para decidir sobre el beneficio, combinada con estos avisos legales, le proporciona la información general de los beneficios disponibles para usted y su familia. En caso de que surja alguna discrepancia entre la información presentada en la Guía para decidir sobre el beneficio y la documentación oficial del plan, la documentación oficial del plan prevalecerá.

DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES MATERIALES

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de Modificaciones Material (SMM) o Resumen de Reducciones Materiales (SMR), según sea aplicable, para los planes de atención médica y bienestar. Su objetivo es complementar cierta información del SPD y conservarla para futura referencia junto con su SPD. Por favor comparta estos materiales con sus familiares en cobertura.

RESUMEN DE COBERTURA DE BENEFICIOS

Está disponible un Resumen de cobertura de beneficios (SBC) para cada plan de atención médica patrocinado por el empleador. Puede solicitar una copia impresa llamando al Departamento de Recursos Humanos.

En las siguientes páginas se presentan los avisos legales abajo mencionados:

- ✓ Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA)
- ✓ Ley de protección de la salud de la madre y el recién nacido (NMHPA o Ley del recién nacido)
- ✓ Aviso de inscripción especial de HIPAA
- ✓ Derecho de inscripción especial en otro plan
- ✓ USERRA
- ✓ Divulgación del programa de bienestar
- ✓ Aviso de privacidad de HIPAA
- ✓ Aviso de intercambio público
- ✓ Aviso de inicio de COBRA
- ✓ Asistencia para pagar la prima bajo Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)
- ✓ Cobertura de medicamentos recetados acreditable y Medicare

AVISOS ANUALES 2021

AVISO DE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA)

Si le han realizado o le realizarán un mastectomía, es probable que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben los beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se dará de manera determinada con el asesoramiento del médico y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucciones del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para dar una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujeto a los mismos deducibles y el coseguro aplicable a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si le gustaría más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su compañía de seguros al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

Aviso de derechos de inscripción especial para la cobertura del plan de atención médica

Si ha rechazado la inscripción en el plan de atención médica del empleador para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) a causa de otra cobertura de seguro médico, usted o sus dependientes podrán inscribirse en algunas coberturas bajo este plan sin esperar al siguiente periodo de inscripción abierta, si usted solicita la inscripción dentro de 30 días después de que su cobertura termine. Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o asignación de adopción, es posible que pueda inscribirse, así como sus dependientes elegibles, siempre y cuando haga su solicitud de inscripción dentro de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación de adopción.

Su empleador además permitirá la oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque usted ya no es elegible, o
- Se vuelven elegibles para un programa de asistencia para el pago de la prima bajo Medicaid o el CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, contará con 60 días – en vez de 30 – a partir de la fecha del cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de atención médica de grupo de su empleador. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no aplica para las oportunidades de inscripción que no sean debido al cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

Si usted tiene un plan de atención médica disponible para usted, el plan de atención médica está comprometido a ayudarle a que esté lo más saludable. Las recompensas por participar en el programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si usted considera que no puede obtener una recompensa bajo este programa de bienestar, usted podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por otros medios. Póngase en contacto con su Departamento de RH y trabajaremos con usted para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea ideal para usted considerando el estatus de su salud.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO (NMHPA O “LEY DEL RECIÉN NACIDO”)

Los planes de atención médica de grupo y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios por ninguna estadía hospitalaria relacionada con el alumbramiento de la madre o el bebé recién nacido a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal, o menos de 96 horas posteriores a una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al médico de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre y a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas si aplica). En cualquiera de los casos, los planes y los emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que el proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si le gustaría más información sobre los beneficios de maternidad, llame a su compañía de seguros al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

DERECHO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN OTRO PLAN

Bajo la HIPAA, si usted pierde la cobertura del plan de atención médica de grupo, es posible que pueda obtener otro plan de atención médica de grupo para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), aún si el plan generalmente no acepta miembros, si solicita la inscripción dentro de 30 días. Por lo tanto, una vez que su cobertura finalice, si usted es elegible para la cobertura bajo otro plan (como el plan de su cónyuge), debe solicitar una inscripción especial lo más pronto posible. (Los derechos adicionales de la inscripción especial se activan por matrimonio, nacimiento, adopción y asignación de adopción).

Si tiene preguntas acerca de sus derechos de la HIPAA, puede ponerse en contacto con el departamento de seguro de su estado o con el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA), llamando sin costo al 1-866-444-3272 (para publicaciones gratuitas sobre la HIPAA solicite publicaciones relacionadas con los cambios a las leyes de atención médica). También puede llamar a la línea directa de las publicaciones de los CMS al 1-800-633-4227 (pida Proteger su Cobertura de seguro médico).

Estas publicaciones y otra información útil también están disponibles en Internet en:

<http://www.dol.gov/ebsa>,

las páginas interactivas de DOL - Health Laws, o www.cms.hhs.gov/healthinsreformforconsume/.

USERRA

Su derecho a la participación continua en el Plan durante periodos de ausencia por deber militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA). Por lo tanto, si usted se ausenta del trabajo debido a un periodo de deber activo en la milicia por menos de 31 días, la participación en su plan no se interrumpirá. Si la ausencia es por más de 31 días y no más de 12 semanas, podrá conservar su cobertura bajo el Plan pagando las primas. Si decide no seguir participando en el Plan durante una ausencia por deber militar de más de 31 días, o si revoca una elección previa para seguir participando por hasta 12 semanas después de que empiece en la milicia, usted y sus familiares en cobertura tendrán la oportunidad de elegir la cobertura de continuación COBRA solo bajo la póliza de seguro médico por un periodo de 24 meses (periodo de 18 meses si eligió la cobertura antes del 10 de diciembre de 2004) que comienza el primer día que termina la ausencia. Debe pagar las primas para la Cobertura de Continuación con fondos después de impuestos, sujeto a las reglas que están establecidas en ese plan.

AVISOS ANUALES 2021

RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este es un resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad de su Plan de atención médica de grupo y es un recordatorio de que puede obtener una copia del Aviso de Privacidad en el Departamento de Recursos Humanos. **Por favor revise este resumen con detenimiento.**

Con el fin de proporcionarle sus beneficios, el plan de atención médica de grupo de su empleador (de aquí en adelante referido como el Plan) puede recibir información de salud personal de usted, sus médicos, hospitales y terceros que le presten servicios de atención médica. Estamos obligados a mantener confidencial esta información. Este Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad tiene el objetivo de recordarle las maneras en las que usamos su información y las ocasiones en las que podríamos revelar dicha información a terceros.

El siguiente es un resumen las circunstancias bajo las cuales podríamos usar y revelar su información de salud

Para dar tratamiento Para obtener un pago
Para gestionar operaciones de atención médica

Usamos la información de salud de los participantes para brindar beneficios. Podemos revelar la información de los participantes a los proveedores de atención médica para ayudarles a dar tratamiento o ayudarles a recibir un pago. Podemos revelar la información a compañías de seguro u otras compañías relacionadas para recibir un pago. Podemos usar la información dentro de nuestra organización para evaluar una solicitud de cobertura o reclamar un beneficio, para evaluar la calidad y mejorar las operaciones de atención médica. Podemos hacer otros usos y revelaciones de la información de los participantes según lo requiera la ley o lo permitan nuestras políticas.

Sus derechos con respecto a la información sobre su salud

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información de salud:

- Derecho a solicitar restricciones
- Derecho a recibir avisos confidenciales
- Derecho a revisar y fotocopiar su información de salud
- Derecho a solicitar una corrección a su información de salud
- Derecho a un reporte de su información de salud
- Derecho a fotocopiar el Aviso de Prácticas de Privacidad

Este es un recordatorio de que generalmente tiene derecho tener acceso y bajo ciertas circunstancias a solicitar una corrección a su información de salud personal. Esto no aplica para la información recopilada relacionada con, o anticipando, una reclamación o proceso legal.

Nuestra obligación legal

Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud y entregarle un recordatorio de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad completo si lo solicita. Nos reservamos el derecho a implementar nuevas disposiciones de privacidad y seguridad para la información de salud que guardamos. En caso de que cambiemos el Aviso de Privacidad, le proporcionaremos una copia del aviso revisado complete en ese momento. Además, usted tiene el derecho a presentar sus quejas a la personal de contacto abajo mencionada y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados. Cualquier queja sobre su empleador la deberá hacer por escrito a la persona de contacto que se menciona al final de este aviso.

Persona de contacto- Para más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo la HIPAA, póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos.

AVISO DE INTERCAMBIO

PARTE A: Información general

Cuando las partes clave de la ley de cuidado de la salud entren en vigencia en 2014, habrá una nueva manera de comprar seguro médico: el Mercado de seguros médicos. Para ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso le brinda la información básica acerca del nuevo Mercado de seguros médicos y empleo con base en la cobertura de salud que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado de Seguros Médicos tiene el objetivo de ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado de Seguros Médicos ofrece "una tienda completa" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. Usted además puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal para reducir su prima mensual inmediatamente. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos comienza en octubre de 2013 para la cobertura que empieza el 1 de enero de 2014.

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

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir sus primas mensuales, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumpla ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de su ingreso familiar.

¿La cobertura de atención médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de atención médica por parte de su empleador que cumpla ciertos requisitos, usted no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros Médicos y podría desear inscribirse en el plan de atención médica de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o para una reducción de cierto costo compartido si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que le daría cobertura (y no a su familia) es más del 9.5% de su ingreso familiar al año, o si la cobertura de su empleador no cumple con el estándar del "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, es posible que sea elegible para un crédito fiscal.¹ Nota: Si compra un plan de atención médica a través del Mercado de Seguros Médicos en vez de aceptar la cobertura de atención médica de su empleador, entonces podría perder la aportación del empleador (si la hay) para la cobertura ofrecida por el empleador. Además, la aportación de este empleador –así como su aportación como empleado para la cobertura ofrecida por el empleador– es a menudo excluida del ingreso para propósitos de la declaración del impuesto sobre la renta. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos se hacen después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para más información acerca de la cobertura ofrecida por su empleador, por favor revise la descripción de su plan o póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos. El Mercado de Seguros Médicos puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos y su costo. Por favor visite HealthCare.gov para más información, incluyendo la solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto para el Mercado de Seguros Médicos en su área.

¹ Un plan de atención médica patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos del beneficio total permitido que cubre el plan no es menos que el 60 por ciento de dicho costo..

¹ Un plan de atención médica patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos del beneficio total permitido que cubre el plan no es menos que el 60 por ciento de dicho costo..

Forma aprobada
OMB No. 1210-0149
(Fecha de expiración 6-30-2023)

AVISOS ANUALES 2021

Resumen de los derechos y obligaciones respecto a la cobertura de continuación mediante la COBRA

Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la Cobertura de continuación mediante la COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso generalmente explica la Cobertura de continuación mediante la COBRA, cuando está disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger el derecho a recibirla.** El derecho a la Cobertura de continuación mediante la COBRA lo creó la ley federal, la Ley ómnibus consolidada de reconciliación presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación mediante la COBRA puede estar disponible para usted cuando de otra manera perdería su cobertura de atención médica de grupo. También puede estar disponible para los demás miembros de su familia que están en cobertura bajo el Plan cuando ellos de otra manera perderían su cobertura de atención médica de grupo. Para información adicional acerca de sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o ponerse en contacto con el Departamento de Recursos Humanos.

¿Qué es la cobertura de continuación mediante la COBRA?

La cobertura de continuación mediante la COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura de otra manera terminaría debido a un suceso conocido como un "suceso que cumple los requisitos". Los sucesos que cumplen los requisitos específicos se mencionan más adelante en este aviso. Después del suceso que cumple los requisitos, la cobertura de continuación mediante la COBRA se debe ofrecer a cada persona que sea una "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes serían beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido a un suceso que cumple los requisitos. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación mediante la COBRA deben pagar por la cobertura de continuación mediante la COBRA.

Si usted es el empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra alguno uno de los siguientes sucesos que cumplen los requisitos: Sus horas en empleo se redujeron o su empleo termina por alguna razón que no sea mala conducta grave.

Si usted es cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra cualquiera de los siguientes sucesos que cumplen los requisitos: Fallecimiento de su cónyuge; reducción de las horas de empleo de su cónyuge; el empleo de su cónyuge termina por alguna razón que no sea mala conducta grave; su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); o se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge. Sus hijos dependientes se convertirán en un beneficiarios calificados si pierden su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra cualquiera de los siguientes sucesos que cumplen los requisitos: Fallecimiento del padre-empleado; reducción de las horas de empleo del padre-empleado; el empleo del padre-empleado termina por alguna razón que no sea mala conducta grave; el padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el plan como "hijo dependiente".

En ocasiones, presentar un proceso de bancarrota bajo el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un suceso que cumple los requisitos. Si el proceso de bancarrota se presenta con respecto a su empleador y la bancarrota resulta en la pérdida de cobertura de cualquier empleado retirado bajo el Plan, el empleado retirado se convertirá en un beneficiario calificado con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado retirado, cónyuge sobreviviente e hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota resulta en la pérdida de su cobertura bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de la COBRA?

El Plan ofrecerá Cobertura de continuación mediante la COBRA a los beneficiarios calificados solamente después de que se haya notificado al Departamento de Recursos Humanos ocurrió un suceso. Cuando el suceso que cumple los requisitos sea la terminación del empleo o la reducción de las horas empleo, la muerte del empleado, comienzo del proceso de bancarrota con respecto al empleador, o que el empleado se vuelva elegible para los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificar al Departamento de Recursos Humanos sobre el suceso que cumple los requisitos.

Debe dar aviso sobre algunos sucesos que cumplen los requisitos

Para los otros sucesos que cumplen los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que los hijos dependientes pierdan la elegibilidad para la cobertura como hijos dependientes), debe notificar al Departamento de Recursos Humanos dentro de 30 días después de que ocurra el suceso que cumple los requisitos.

¿Cómo se brinda la COBRA?

Una vez que el Departamento de Recursos Humanos recibe el aviso de que ocurrió un suceso que cumple los requisitos, la Cobertura de continuación mediante la COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente a elegir la Cobertura de continuación mediante la COBRA. Los empleados en cobertura pueden elegir la Cobertura de continuación mediante la COBRA en representación de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la Cobertura de continuación mediante la COBRA en representación de sus hijos.

La Cobertura de continuación mediante la COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el suceso que cumple los requisitos es la muerte del empleado, que el empleado se vuelva elegible para los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el divorcio o la separación legal, o que los hijos dependientes pierdan la elegibilidad como hijos dependientes, la Cobertura de continuación mediante la COBRA dura hasta un total de 36 meses. Cuando el suceso que cumple los requisitos es la terminación del empleo o la reducción de las horas del empleado, y el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del suceso que cumple los requisitos, la Cobertura de continuación mediante la COBRA para los beneficiarios calificados además del empleado dura hasta 36 meses después de la fecha en que empezó a tener derecho a Medicare. Por ejemplo, si el empleado en cobertura empieza a ser elegible para Medicare 8 meses antes de la fecha en la que termina su empleo, la Cobertura de continuación mediante la COBRA para su cónyuge y sus hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en la que empezó a tener derecho a Medicare, lo que es equivalente a 28 meses después de la fecha del suceso que cumple los requisitos (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el suceso que cumple los requisitos es la terminación del empleo o la reducción de las horas del empleado, la Cobertura de continuación mediante la COBRA generalmente dura solamente hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras en las cuales este periodo de Cobertura de continuación mediante la COBRA de 18 meses se puede extender.

Extensión del periodo de 18 meses de cobertura de continuación por discapacidad

Si usted o alguien de su familia en cobertura bajo el Plan es determinado por la Administración del Seguro Social como discapacitado y usted lo notifica al Departamento de Recursos Humanos de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener el derecho de recibir hasta 11 meses adicionales de Cobertura de continuación mediante la COBRA, hasta un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la Cobertura de continuación mediante la COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de cobertura de continuación.

Segunda extensión del suceso que cumple los requisitos del periodo de 18 meses de cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro suceso que cumple los requisitos mientras está recibiendo los 18 meses de Cobertura de continuación mediante la COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de Cobertura de continuación mediante la COBRA, por un máximo de 36 meses, si el aviso de segundo suceso que cumple los requisitos se informa debidamente al Plan. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación si el empleado o ex empleado fallece, empieza a tener derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente pero solamente si el suceso habría causado que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura bajo el Plan que en el primer suceso que cumple los requisitos no ocurrió.

Si tiene preguntas

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos bajo la Cobertura de continuación mediante la COBRA se deben dirigir al contacto o los contactos abajo mencionados. Para más información acerca de sus derechos bajo ERISA, incluyendo COBRA, el Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y otras leyes que afecten los planes de atención médica de grupo, póngase en contacto con la Oficina Distrital o Regional más cercana de la Administración de seguridad de beneficios de los empleados (EBSA) del Departamento de trabajo de los Estados Unidos en su área o visite la página web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números telefónicos de las Oficinas distritales y regionales de EBSA están disponibles en la página web de EBSA).

Mantenga a su Plan informado acerca de los cambios a su dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Departamento de Recursos Humanos acerca de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. Debe también guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que haya enviado al Departamento de Recursos Humanos.

Información de contacto del plan: Para más información llame a su Departamento de Recursos Humanos

AVISOS ANUALES 2021

Asistencia para pagar la prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es legible para la cobertura de atención de médica a través de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para pagar la prima que puede ayudar su cobertura, usando los fondos de sus programas Medicaid o el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para pagar la prima pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y usted vive en un estado que aparece en la lista de abajo, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o del CHIP para saber si está disponible la asistencia para pagar la prima.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o el CHIP y considera que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o del CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o ingrese a www.insurekidsnow.gov para saber cómo inscribirse. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que pudiera ayudarlo a pagar las primas para un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia bajo Medicaid o el CHIP, así como elegible bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar cobertura dentro de 60 días a partir de haber sido determinado elegible para la asistencia para pagar la prima. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 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 atención médica de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2020. Póngase en contacto con su estado para más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado y Child Health Plan Plus (CHP+))
Página web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Página web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto del miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relé del estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé del estado 711
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Página web del Programa de pago de la prima del seguro médico AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Página web: http://flmedicaidprecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268
ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
Página web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
CALIFORNIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Página web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 1-800-541-5555	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Página web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todo lo demás de Medicaid Página web: http://www.indianamedicaid.com Teléfono 1-800-403-0864
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
Página web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563	Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Página web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884	Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
KENTUCKY – Medicaid	NEVADA – Medicaid

AVISOS ANUALES 2021

LOUISIANA – Medicaid Página web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	NEW HAMPSHIRE – Medicaid Página web: https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218
MAINE – Medicaid Página web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP Página web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid : 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP Página web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840	NEW YORK – Medicaid Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid Página web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp [Bajo la pestaña ELIGIBILITY, vea "what if I have other health insurance?" (¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?)] Teléfono: 1-800-657-3739	NORTH CAROLINA – Medicaid Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	NORTH DAKOTA – Medicaid Página web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP Página web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	UTAH – Medicaid and CHIP Página web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Página web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
OREGON – Medicaid Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	VERMONT – Medicaid Página web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427 1-877-543-7669
PENNSYLVANIA – Medicaid Página web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	VIRGINIA – Medicaid and CHIP Página web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Línea directa)	WASHINGTON – Medicaid Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
SOUTH CAROLINA – Medicaid Página web: https://www.scdhhs.gov/ Teléfono: 1-888-549-0820	WEST VIRGINIA – Medicaid Página web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP
SOUTH DAKOTA - Medicaid Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	WISCONSIN – Medicaid and CHIP Página web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid Página web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	WYOMING – Medicaid Página web: https://wequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono: 307-777-7531

Para saber si algún otro estado ha agregado el programa de asistencia para pagar la prima desde el 31 de enero de 2020, o para más información sobre el derecho a la inscripción especial, póngase en contacto con:

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencias/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, opción 4 del menú, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder información a menos que dicha información exhiba el número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento menciona que una agencia federal no puede realizar o patrocinar la recopilación de información a menos que esto esté aprobado por la OMB bajo PRA y exhiba el número de control de la OMB actualmente válido y el público no está obligado a responder información a menos que esta exhiba el número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, no obstante cualquier otra disposición de ley, ninguna persona estará sujeta a penalización a causa de no responder información si dicha información no exhibe el número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

El tiempo necesario para completar esta notificación pública de recopilación de información se estima en aproximadamente siete minutos por encuestado. Las partes interesadas son invitadas a enviar comentarios respecto a la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, la Oficina de policía e investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o al correo electrónico ebsa opr@dol.gov y referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

AVISOS ANUALES 2021

AVISO IMPORTANTE DE GAUMER PROCESS ACERCA DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS ACREDITABLE Y MEDICARE

El propósito de este aviso es informarle que la cobertura de medicamentos recetados abajo mencionada bajo el plan de atención médica de Gaumer Process se espera que brinde, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare estándar. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué esto es importante: si usted o su(s) dependiente(s) en cobertura están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante el año del plan mencionado en este aviso y tienen o tendrán la cobertura de Medicare, usted puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare posteriormente y no estará sujeto a una multa por inscripción tardía – siempre y cuando usted cuente con una cobertura acreditable dentro de 63 días a partir de su inscripción al plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe guardar este aviso con sus registros importantes.

Aviso de cobertura acreditable

Es probable que haya escuchado acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se preguntará cómo podría afectarle. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todos los que cuenten con Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los Planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes además ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta. Las personas pueden inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare cuando por primera vez sean elegibles y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Las personas que dejen la cobertura de su empleador/sindicato pueden ser elegibles para un Periodo de inscripción especial de Medicare. Si usted tiene cobertura del plan de medicamentos recetados de su empleador, estará interesado en saber qué cobertura es, en promedio, al menos equivalente a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para el año del plan. A esto se le llame cobertura acreditable. La cobertura bajo uno de estos planes le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía a la Parte D en caso de que sea o vaya a ser elegible para Medicare y más tarde decida inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo, o familiar de un empleado activo, puede también continuar la cobertura de su empleador. En este caso, el plan del empleador seguirá pagando la atención primaria y secundaria, como si antes hubiera estado inscrito en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Si usted renuncia o deja la cobertura, Medicare será su único pagador. Usted puede reinscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un suceso de inscripción especial para el plan.

Debe saber que si renuncia o deja la cobertura de su empleador y se queda 63 días o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable (una vez que su periodo de inscripción a Medicare finalice), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% al mes por cada mes que esté sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si se queda 19 meses sin cobertura, la prima de su Plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será de al menos un 19% más alta que lo que la mayoría de las demás personas paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta siempre y cuando cuente con cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, posiblemente tendrá que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse en la Parte D.

Puede recibir este aviso en otra ocasión más adelante — como antes del siguiente periodo en el que puede inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura cambia, o bajo su solicitud.

Para más información acerca de sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

En el Manual Medicare & You encontrará información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año, Medicare enviará a los participantes de Medicare una copia del manual por correo. También podría ser contactado directamente por los Planes de medicamentos recetados de Medicare. Obtenga más información acerca de los Planes de medicamentos recetados de Medicare: Visite www.medicare.gov para ayuda personalizada; llame al Programa de Asistencia de Seguro Médico de su estado (busque el número telefónico en el manual Medicare & You); llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas que tengan ingresos y recursos limitados, está disponible la ayuda adicional para pagar el Plan de medicamentos recetados de Medicare. La información acerca de esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA). Para más información acerca de esta ayuda adicional, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su periodo de inscripción a Medicare aplicable, es posible que debe presentar una copia de este aviso cuando se inscriba a un plan de la Parte D para demostrar que usted no está obligado a pagar un prima de la Parte D más alta.

Para más información acerca de este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, póngase en contacto con:

Fecha: 15 de octubre de 2020 (Última edición: 30 de septiembre de 2019)

Nombre de la entidad /Emisor: Gaumer Process.

**Recursos Humanos
13616 Hempstead Road, Houston, TX 77040
713-460-5200**

