

2021



OPENING DOORS TO OPPORTUNITIES

2021 / 2022
Guía de Beneficios

Efectivo el 1 de Junio de 2021
hasta el 31 de Mayo de 2022

Información General

NUESTRO COMPROMISO

RCMA desea que la experiencia de sus empleados sea comparable a la de sus clientes: proveerles con una oferta de beneficios que cumpla con nuestros principios. El plan de beneficios esta diseñado para satisfacer sus necesidades para mantener su salud así como también las de sus dependientes y además les provee seguridad financiera.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

El período de inscripción abierta es la época del año en que usted puede seleccionar sus beneficios para el siguiente año. Este año, el plan empieza el 1 de junio de 2021 y termina el 31 de mayo de 2022. Los detalles del plan están incluidos en este folleto. El deducible y desembolso máximo se aplican al **año calendario**.

Si usted no completa su selecciones en [ADP](#) durante la inscripción abierta, no podrá inscribirse en el programa de beneficios hasta el próximo periodo anual de inscripción abierta a menos que experimente un cambio de estatus familiar. Asegúrese de mantener copias de sus formas de inscripción hasta que usted confirme que su primer cheque tiene las deducciones correctas.

Como participante, usted tiene derecho a una descripción completa de sus derechos y obligaciones bajo los varios planes de beneficios. Para asegurarse que usted esta claro de los beneficios disponibles para usted y sus obligaciones, es importante que usted se familiarice con la información en la Descripción del Plan en Resumen (SPD) y el Resumen de Beneficios y Coberturas (SBC).

Si desea recibir una copia de estos documentos, usted puede contactar a Recursos Humanos para que le sean proporcionados a ningún costo.

Contactos Importante

Redlands Christian Migrant Association

Lorena Hernandez—HRIS y Administradora de Beneficios

800-282-6540 ext. 1043—lorena@rcma.org

Samantha Alvarado —Especialista en Beneficios

800-282-6540 ext. 1064

samantha.alvarado@rcma.org

Rafaela Manzano —Sr HR / Analista de Beneficios

800-282-6540 ext. 1061—rafaela@rcma.org

UMR

Medico

Grupo # 76412881

800-826-9781

www.umar.com

Southern Scripts

800-710-9341

SHARx

314-451-3555

Sun Life

Dental, Visión, Seguro de Discapacidad a corto y largo plazo, Seguro de Vida y AD&D Básico, Seguro de Vida Voluntario y AD&D - Grupo # 945350
800-247-6875

Dental: www.sunlife.com/LocaliceAUnDentista

Visión: www.vsp.com | 800-877-7195

Programa de Asistencia para Empleados

CompPsych

800-460-4374

www.guidanceresources.com

Real Appeal

1-844-344-7325

help@realappeal.com

TABLA DE CONTENIDO

Información y Contactos General Elegibilidad	2-3
Seguro Médico	4
Medicamentos Recetados Southern Scripts SHARx	5-7
Herramienta de comparación de planes médicos	8
Medicamentos y Suministros para Diabeticos gratis	9
Real Appeal	10
Seguro Dental	11
Seguro de la Vista	12
Proveedores en la Red	13
Seguro de Vida	14-16
Contribución para Seguro de Vida Voluntario	17
Seguro de Discapacidad (a corto y largo plazo)	17
Deducciones de nómina para empleados de temporada	18
Programa de Asistencia para Empleados	19
Asistencia de emergencia en viaje	20
Contribuciones del empleador	21
Ley de Asistencia Asequible (ACA)	22
Guía Federales	23-25
Derechos de coberturn bajo COBRA	26
Medicare Parte D	27

Si usted (y / o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página [27](#) para más detalles.

Preguntas sobre... ¿Beneficios? ¿Reclamos?

CENTRO DE CUIDADO PARA EMPLEADOS

AT BALDWIN KRISTYN SHERMAN PARTNERS:

866-784-2242

mybenefits@bks-partners.com

Lunes a Viernes, 8:30am - 5:00pm, EST



Elegibilidad

EMPLEADOS

Todos empleados regulares que son a tiempo completo que trabaja al menos 30 horas por semana que han satisfecho su período de espera elegible para nuestros beneficios.

DEPENDIENTES

También puede elegir la cobertura para sus dependientes en algunas circunstancias. Los dependientes elegibles pueden incluir los siguientes :

1. Su cónyuge legal
2. Hijos dependientes:

El término "niño (s)" incluye:

- Un hijo natural o legalmente adoptado
- un niño en adopción temporal, si es puesto en su hogar conforme a estatutos de estado antes de los 18 años
- hijo(s) de su cónyuge que vive(n) con usted y dependen de su apoyo;
- o un niño a quien usted o su cónyuge tiene una obligación de apoyar por ley, aun cuando éste no viva con usted; un niño inválido que depende de usted primordialmente porque es incapaz de sostenerse a sí mismo por razones de incapacidad mental o física (prueba de la condición y dependencia debe ser sometida).

Tipo de Cobertura	Edad Maxima de Niño	Fecha Final	*Excepción de Cobertura
Médico	26 años (o 30 años, por favor vea las reglas de excepción)	Fin del mes de su cumpleaños (Final de los 30 años si se aplica la regla de excepción)	Cobertura de edad 26 hasta 30 si: 1. No están casados 2. No tienen dependientes propios 3. Vive en el mismo estado que el empleado o es un estudiante de tiempo completo, fuera del estado 4. No tiene cobertura como un suscriptor designado/persona cubierta bajo ningún plan de seguro de salud grupal, incluida la póliza de salud grupal, general o de franquicia. 5. No tener seguro de salud individual o beneficios con derecho bajo Medicare. La cobertura continúa después de los 30 años, si el niño es incapaz de mantenerse a sí mismo. Prueba escrita de la incapacidad es requerida.
Dental Visión Vida Voluntaria	26 años	Fin del mes de su cumpleaños	

Los empleados son responsables de verificar la elegibilidad de los dependientes al inscribirse y notificar a Recursos Humanos si los dependientes ya no cumplen con los criterios de elegibilidad. Si no se reporta adecuadamente la pérdida de elegibilidad, se pueden denegar las reclamaciones, la pérdida de cobertura y cualquier cargo adicional se convertirá en responsabilidad del miembro.

Beneficios Antes de Impuestos

Los beneficios del plan médico, dental y de la vista ofrecidos por su empleador están cubiertos bajo la Sección 125 de IRS. Estos planes permiten que sus primas sean deducidas de su cheque de pago antes de que los impuestos sean aplicados. Esto resulta en un cheque de pago más grande para usted.

Por esa razón, el IRS requiere que usted cambie sus elecciones solamente cuando ocurre un cambio en el estado de su familia o durante el periodo anual de inscripción abierta. **Ejemplos de cambios de estatus familiar incluyen matrimonio, adopción, un recién nacido, divorcio y cuando su cónyuge obtiene/pierde su cobertura de grupo a través de su propio empleador.**

Si desea hacer un cambio en su selección de beneficios debido a uno de los motivos mencionados en la lista, usted debe notificar a Recursos Humanos a más tardar 30 días después del acontecimiento. De no hacerlo así, ningún cambio será permitido hasta el próximo periodo anual de inscripción abierta. Recuerde, si usted cambia sus selecciones de beneficios, sus contribuciones de prima también cambiarán.

Seguro Médico

La cobertura médica voluntaria de RCMA se ofrece a través de UMR. **El deducible y la acumulación máxima del plan se realizan en base a un año calendario.** Las redes seguirán siendo las mismas para 2021-2022.

Tenga en cuenta que el plan “Buy-Up” no ofrece ninguna cobertura fuera de la red.

Proveedor	UMR	
	Plan Basico En Red	Plan de Compra En Red
Año Máximo	Año Calendario	Año Calendario
Deducible		
<i>Individual</i>	\$2,500	\$2,000
<i>Familiar (Individual / Maximo para familiar)</i>	\$2,500 / \$5,000	\$2,000 / \$4,000
Coseguro	30%	20%
Gastos Maximos de su bolsillo	Incluye Deducible, Coseguro, Copago y Rx	Incluye Deducible, Coseguro, Copago y Rx
<i>Individual</i>	\$5,000	\$4,000
<i>Familiar</i>	\$10,000	\$8,000
Servicios Hospitalarios		
Servicios Hospitalarios—Paciente Interno	30% despues del deducible	20% despues del deducible
Hospital—Paciente Externo	\$250	\$250
Ambulatorio—Paciente Externo	\$250	\$100
Sala de Emergencias	\$500	\$350
Atención de Urgencias	\$50	\$50
Servicios de Médico en el hospital y ER	30% despues del deducible	20% despues del deducible
Consulta Médicas		
<i>Preventivo</i>	\$0	\$0
<i>Médico de Atención Primaria (PCP)</i>	\$20	\$20
<i>Especialista</i>	\$40	\$40
Se requiere selección de Médico Primario?	No	No
Rayos X y Laboratorio (Instalación Independiente)	Laboratorio - \$0 Rayos X - 30% despues de deducible	Laboratorio - \$25 Rayos X - \$25
<i>Imágenes Avanzadas (IRM, TEP, TC, etc.)</i>	\$200	\$200
Prescripciones—Suministro de 30 o 60 días*		
<i>Nivel 1 Genérico</i>	\$25	\$20
<i>Nivel 2 Marca preferida</i>	\$45	\$40
<i>Nivel 3 Marca no preferida / compuesto</i>	\$65	\$60
<i>Nivel 4 Especialidad</i>	20% hasta \$200	20% hasta \$200
Pedido por Correo Rx (suministro de 90 días)	\$0 Nivel 1 2 x Nivel 2 o 3 Copago	\$0 Nivel 1 2 x Nivel 2 or 3 Copago
Máximos de por vida de la póliza	Ilimitado	Ilimitado
Beneficios Fuera de La Red	Fuera de la Red	Fuera de la Red
Deducible (Individual / Familia)	\$7,500 / \$15,000	No Esta Cubierto
Coseguro	50%	
Gastos Máximo de su bolsillo (Individual / Familia)	\$10,000/\$20,000	

*Puede estar sujeto al programa SHARX, consulte la página [7](#)



Southern Scripts

Southern Scripts es nuestro beneficio de farmacia para 2021. FirstChoice es la red de farmacias preferida de Southern Scripts. Hay muchas herramientas enumeradas a continuación para ahorrarle lo máximo posible.



Información de procesamiento

Número de grupo: **Tarjeta de identificación de miembro de referencia**
Formato de identificación del titular de la tarjeta: **Tarjeta de identificación de miembro de referencia**
Número BIN: **015433**
PCN: **SSN** (significa Southern Scripts Network, no Número de la Seguridad Social)
PBM: **Southern Scripts**

¿Qué es Variable Copay™?



Variable Copay™ es un programa revolucionario diseñado para reducir significativamente el costo creciente de los medicamentos de marca elegibles y especialidades mediante la utilización de cupones proporcionados por el fabricante. Bajo el programa Variable Copay™, su gasto erogado por medicamentos recetados puede ser reducido o eliminado por un cupón del fabricante de medicamentos.

CRx Specialty Solutions™ es la farmacia preferida de Variable Copay™, que administra el programa Variable Copay™, realiza el cumplimiento de prescripciones y brinda servicios gratuitos, como envíos automatizados y repuestos. CRx Specialty Solutions™ también se pondrá en contacto con tu médico cuando se necesiten reposiciones adicionales en tu receta. Para obtener más información sobre el programa Variable Copay™ gratuito y voluntario, comuníquese con la farmacia CRx Specialty Solutions™ a continuación.

Cómo contactar a la farmacia Variable Copay™

Atención 24/7/365 disponible



Si tienes algún problema con respecto al cumplimiento de tu receta Variable Copay™, llama al (800) 710-9341 para hablar con un especialista de atención al cliente de CRx Specialty Solutions™.

Nombre: **CRx Specialty Solutions Pharmacy**
NPI: **1336141381**

Horas de funcionamiento
De lunes a viernes
8:00 a.m. - 6:00 p.m. CST

Contacto
Línea gratuita: (877) 646-1716
Fax: (318) 214-4190
Sitio web: crxspecialty.com

Acceder al portal de miembros de Southern Scripts

Cada miembro registrado tendrá acceso instantáneo a sus beneficios, recetas, tarjetas y más.

El portal de miembros de Southern Scripts alberga información esencial sobre los beneficios, como los detalles de los miembros y dependientes, la utilización de los beneficios y la utilización del plan. También puede revisar su historial de medicamentos recetados y localizar una farmacia cerca de usted. Para administrar sus recetas en línea, siga los pasos a continuación.

1. Visite southernscripts.net/members
2. Seleccione Portal de Miembros en la navegación de la izquierda
3. Ingrese al Portal de Beneficios de Farmacia con sus credenciales.

Nota: Los usuarios nuevos deben crear una cuenta siguiendo el hipervínculo de la página del Portal de Miembros.

southernscripts.net/members

Southern Scripts

Localizador de farmacias de la red

southernscripts.net/members

Una red de farmacias es un grupo de farmacias contratadas con Southern Scripts para proporcionar productos y servicios cubiertos a los miembros a precios reducidos. La red de farmacias Southern Scripts consta de farmacias independientes y minoristas. La herramienta Localizador de farmacias de la red permite a los miembros buscar una lista de farmacias cerca de una ubicación específica que incluyen a la red de farmacias Southern Scripts. Para acceder al Localizador de farmacias de la red, visite el sitio web a la izquierda.

Código Postal:

BIN:

Código de grupo:

Radio de búsqueda:

1. Introduce tu código postal
2. El número BIN de Southern Scripts es 015433
3. Ingresa tu código de grupo que se encuentra en tu tarjeta de seguro/prescripción.
4. Selecciona tu radio de búsqueda en función de tu código postal

Información del pedido por correo

Servicios de prescripciones postales



Nombre: **Postal Prescription Services**

Farmacia NPI: **1528003910**

Preguntas frecuentes: ppsrx.com/topic/postal-prescription-service-faqs

Horas de funcionamiento

De lunes a viernes

6:00 a.m. - 6:00 p.m. PST

Sábado

9:00 a.m. - 2:00 p.m. PST

Contacto

Línea gratuita: (800) 552-6694

Sitio web: ppsrx.com

Medicamentos cubiertos bajo Beneficios de Farmacia

¿Tiene preguntas sobre sus medicamentos cubiertos? Llama a nuestro Equipo de Servicio al Cliente al (800) 710-9341 para obtener ayuda.



¡Descarga la App hoy!

Rastree y administre sus recetas de forma rápida y sencilla a través de la aplicación móvil Southern Scripts. ¡La aplicación Southern Scripts almacena una tarjeta de identificación de miembro digital, listas de recetas de Southern Scripts actuales y anteriores, y un localizador de farmacias integrado!



ESCANÉAME



Localizador de Farmacias FirstChoice™



(800) 710-9341



support@southernscripts.net



southernscripts.net

SHARx—Medicamentos de Alto Costo

SHARx es un servicio de conserjería y defensa de farmacia, que se le brinda sin costo adicional si está inscrito en un plan médico RCMA.



El programa SHARx se ofrece para brindar alivio financiero a nuestros miembros que terminan pagando más por sus medicamentos cada año.

Con SHARx, la mayoría de los miembros no pagan nada por sus medicamentos de alto costo cada mes, además de la comodidad de los medicamentos entregados en su hogar.

Ofrecer SHARx significa que estos medicamentos de alto costo ya no están disponibles con la tarjeta del seguro en su farmacia local o farmacia especializada.

Si está tomando un medicamento especializado o un medicamento que tiene un costo de \$350 o más, debe esperar recibir noticias de SHARx para inscribirse en el programa. Se requiere participación.

Si le recetan un medicamento de alto costo, envíe un correo electrónico a sharx@sharxplan.com o llame al 314-451-3555.

Para obtener más información, dedique 3 minutos a ver [este video](#) sobre el programa SHARx o ir a: sharxplan.com.

BIENVENIDA A LA CENTRO DE CUIDADO EMPLEADOS!

Como empleado de **Redlands Christian Migrant Association**, tiene acceso a la Centro de atención al empleado de Baldwin Krystyn Sherman Partners.

El Employee Care Center (ECC) es un equipo dedicado de personas que están aquí para ayudarlo con sus preguntas relacionadas con los beneficios. El ECC se enfoca en brindar claridad a los procesos de inscripción abierta y reclamos, además de brindar educación sobre cómo y cuándo usar sus beneficios para maximizar la eficiencia y el ahorro de costos.

El ECC ayudará a explicar las ofertas de planes de beneficios durante la Inscripción Abierta, brindará instrucciones sobre cómo acceder a los sitios del operador para solicitar tarjetas de identificación y encontrar proveedores dentro de la red, ayudar con reclamos escalados y defender en nombre del miembro.

866.784.2242

Lunes a Viernes

8:30 AM – 5:00 PM EST.

mybenefits@bks-partners.com



BKS - PARTNERS | INSIGHT BEYOND INSURANCE

Selección de su plan médico y herramienta de comparación de costos

Cada individuo y familia tiene diferentes necesidades médicas. RCMA ofrece múltiples opciones de planes para que pueda determinar qué plan es el más adecuado para su situación financiera y médica.

Las preguntas que puede considerar al elegir el plan adecuado para usted y su familia son:

- Con qué frecuencia utilizo el plan?
- En qué tipo de reclamaciones incurro? (Visitas al consultorio, Hospitalizaciones y prescripciones)

CONSIDERE ESTE EJEMPLO...

- ◆ Usted tiene cobertura médica solo para empleados
- ◆ Tiene una hospitalización de 3 días.
- ◆ El monto facturado del hospital para su estadía es de **\$60,000**
- ◆ La cantidad permitida para su estancia es **\$35,000**

PLAN	Plan Basico Salario < \$28,000	Plan Basico Salario > \$28,000	Plan de Compra
Coseguro	30%	30%	20%
Cantidad Permitida	\$35,000	\$35,000	\$35,000
Deducible (usted paga)	(\$2,500)	(\$2,500)	(\$2,000)
Quedándose después del deducible	\$32,500	\$32,500	\$33,000
Coseguro (usted paga)	(\$2,500)	(\$2,500)	(\$2,000)
Monto total pagado a los Proveedores por el seguro	\$30,000	\$30,000	\$31,000
Monto total que USTED paga a los Proveedores	(\$5,000)	(\$5,000)	(\$4,000)
La prima anual (que paga)	(\$1,291)	(\$2,016)	(\$3,840)
Total que usted paga	\$6,291	\$7,016	\$7,840

Actualizaciones de laboratorio de Sangre

Laboratorio y Análisis de sangre ahora se proporcionan a través de LabCorp y Quest Diagnostics como un proveedor dentro de la red.



labcorp.com



<https://appointment.questdiagnostics.com>

Tenga en cuenta que: cuando utiliza las instalaciones de LapCorp, no necesita poner una tarjeta de credito en el Archivo o pagar por adelantado para recibir los servicios, a menos que tenga saldos pendientes de pago. Si tiene un saldo pendiente y se niega pagar o hacer arreglos de pago sobre un saldo anterior, LabCorp puede negarse o ofrecer un servicio (incluso si ese servicio está cubierto 100%).

Medicamentos y Suministros para la diabetes de Southern Scripts

RCMA está ofreciendo suministros y medicamentos para diabéticos **GRATIS**.*

Consulte la lista de suministros y medicamentos a continuación.

Los medicamentos que aparecen a continuación se agrupan en categorías amplias. Cada categoría incluye una lista alfabética de las drogas. Los medicamentos genéricos están disponibles para muchas de las marcas de anotación en esta lista. Los programas de administración de utilización estándar puede aún ser aplicable a ciertos medicamentos.

Acarbose	HumuLIN R U-500 KwikPen	NovoLIN 70/30	Soliqua
Alogliptin Benzoate	Insulin Asp Prot & Asp FlexPen	NovoLIN 70/30 FlexPen	Sweet Cheeks
Alogliptin-metFORMIN HCl	Insulin Aspart	NovoLIN 70/30 FlexPen Relion	Synjardy
Alogliptin-Pioglitazone	Insulin Aspart FlexPen	NovoLIN 70/30 ReliOn	Synjardy XR
Baqsimi One Pack	Insulin Aspart PenFill	NovoLIN N	TOLBUTamide
Baqsimi Two Pack	Insulin Aspart Prot & Aspart	NovoLIN N FlexPen	Toujeo Max SoloStar
Diazoxide	Insulin Lispro	NovoLIN N FlexPen ReliOn	Toujeo SoloStar
Farxiga	Insulin Lispro (1 Unit Dial)	NovoLIN N ReliOn	Tresiba
Fiasp	Insulin Lispro Junior KwikPen	NovoLIN R	Tresiba FlexTouch
Fiasp FlexTouch	Insulin Lispro Prot & Lispro	NovoLIN R FlexPen	Trijardy XR
Fiasp PenFill	Invokamet	NovoLIN R FlexPen ReliOn	Trulicity
Glimepiride	Invokamet XR	NovoLIN R ReliOn	Value Plus Glucose
glipiZIDE	Invokana	NovoLOG	Victoza
glipiZIDE ER	Janumet	NovoLOG FlexPen	Xigduo XR
glipiZIDE XL	Janumet XR	NovoLOG Mix 70/30	Xultophy
glipiZIDE-metFORMIN HCl	Januvia	NovoLOG Mix 70/30 FlexPen	
Glucagon Emergency	Jardiance	NovoLOG PenFill	
glyBURIDE	Lantus	Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE)	
glyBURIDE Micronized	Lantus SoloStar	Ozempic (1 MG/DOSE)	
glyBURIDE-metFORMIN	Levemir	Pioglitazone HCl	
Glyxambi	Levemir FlexTouch	Pioglitazone HCl-Glimepiride	
Gvoke HypoPen 1-Pack	metFORMIN HCl	Pioglitazone HCl-metFORMIN HCl	
Gvoke HypoPen 2-Pack	metFORMIN HCl ER	ReliOn Glucose	
Gvoke PFS	Miglitol	Repaglinide	
HumuLIN R U-500 (CONCENTRATED)	Nateglinide	Rybelsus	

Es posible que esta lista no sea exhaustiva y esté sujeta a cambios debido a la disponibilidad del medicamento en el Mercado. Medicamentos para la diabetes, suministros e insulina cubiertos sin costo compartido a través de Southern Scripts. Esta Lista está sujeta a cambios:

Los formularios de pedido por correo de Postal Prescription Services se pueden encontrar al iniciar sesión en ADP.

*Puede estar sujeto al programa [SHARx](#)



Servicios de Prescripción Postal—Pedido por correo

Si prefiere utilizar el pedido por correo o transferir sus recetas de pedido por correo, llame al Servicio de Prescripción Postal a (800) 552-6694. El horario de atención al cliente es de Lunes a Viernes, 9am-9pm y el Sábado al mediodía —5pm.

Real Appeal

Pérdida de peso gratis. * Una diferencia real.

Generamos la transformación que es posible en cada uno de nosotros.

Conviértete en miembro



¡Más de 3 millones de libras perdidas!

Felicitaciones a nuestros más de 700,000 participantes y las miles de historias de éxito de miembros. Generaste resultados que cambiaron la vida para una transformación duradera.

Enroll today at:

enroll.realappeal.com

Juntos tomaremos pasos sencillos que le ayudarán a transformarse

Construidos para ayudarlo a tener éxito, nuestros miembros pierden peso y viven vidas más saludables a través de:



Apoyo y orientación continuos

Estamos comprometidos a mantenerlo enfocado en sus objetivos, con sesiones grupales en línea, el apoyo de nuestros entrenadores y una comunidad apasionada de miembros que apoyan su éxito.



Pequeños pasos para un cambio de por vida

Para ayudarlo a alcanzar sus metas, Real Appeal recomienda pequeños pasos todos los días, y facilita el seguimiento de su progreso diario con nuestros rastreadores de nutrición y ejercicio.



Recursos para mantenerte motivado

A lo largo de su viaje, puede acceder a historias inspiradoras de otros miembros de Real Appeal, publicaciones de blog y artículos para mantenerlo informado y actividades simples para ayudarlo a mantenerse en el camino correcto.

* Real Appeal se proporciona sin costo adicional a los miembros elegibles como parte de su plan de seguro médico cubierto. Nuestro enfoque se basa en décadas de investigación clínica sobre la pérdida de peso centrada en pasos simples combinados con herramientas y soporte personalizados.

Seguro Dental

RCMA ofrece cobertura dental a través de Sun Life. El plan DHMO utiliza la red prepago 225 de Florida.

El deducible y la acumulación máxima del plan son basados en año calendario.

Proveedor Plan	Sun Life	
	DHMO Plan En la Red	PPO Plan En la Red
¿Dentista Primario Requerido?	Si	No
Individual / Familia—Deducible por Año Calendario	N/A	\$50/\$150
Cuidado Preventivo		
<i>Porcentaje del Beneficio</i>	Vea el Honorario de Copago	0%
<i>¿Aplica el Deducible?</i>	N/A	No
Otro Servicios		
<i>Servicios Básico</i>	Vea el Honorario de Copago	20% después del Deducible
<i>Servicios Mayor</i>	Vea el Honorario de Copago	50% después del Deducible
<i>Endodoncia/Periodoncia</i>	Vea el Honorario de Copago	Cubierto bajo Servicio Mayor
<i>Máximo por Año Calendario</i>	N/A	\$1,500
Ortodoncia		
<i>Porcentaje del Beneficio</i>	Vea el Honorario de Copago	No es Cubierto
<i>¿Aplica el Deducible?</i>	N/A	
<i>Cobertura para Adulto, Hijo(s)</i>	Niños Solamente	
<i>Máximo por Año Calendario</i>	Vea el Honorario de Copago	
Beneficio de Traslado		
<i>Incluido?</i>	No	Yes
Beneficio Fuera de la Red	Fuera de la Red	Fuera de la Red
Individual / Familia—Deducible por Año Calendario	No es Cubierto	\$50/\$150
Cuidado Preventivo		0%
Servicios Básico		20% después del Deducible
Servicios Mayor		50% después del Deducible
Ortodoncia		N/A

Notas:

- ***Exención máxima preventiva:** la atención preventiva pagada no cuenta para el máximo anual.
- Si no elige los beneficios dental cuando está elegible como un Nuevo empleado, hay un periodo de esperanza que esta aplicado, porque son considerados "Participantes Tardíos." (el período para espera es 12 meses)



Períodos de espera de beneficios

- Sin períodos de espera para exámenes, limpiezas y empastes.
- Se aplicará un período de espera de beneficios para el participante tardío de 6 meses para las restauraciones básicas de tipo II, 12 meses para todos los demás servicios básicos de tipo II y 12 meses para los servicios principales de clase III a los empleados que se inscriban en este plan dental más de 31 días después de convertirse en elegible.
- Se aplicará un período de espera de beneficios para el participante tardío de 12 meses para los servicios de ortodoncia tipo IV a los empleados que se inscriban en este plan dental más de 31 días después de ser elegibles.

La facturación de saldo

Cuando se permanece dentro de la red, está protegido por el contacto de la compañía de seguros y no le pueden cobrar más de lo que está acordado por el plan. Esto es conocido como "facturación de saldo" y no está permitido por proveedores de la red. Dentistas fuera de la red (no participantes) no están limitados en la cantidad que pueden cargar y pueden equilibrar-factura de la diferencia entre lo que el seguro pagó y los cargos facturados. Muchos de los proveedores de red dentales que no se cobre un seguro que no participan con y requerirían que se paga por el costo total de los servicios y materiales y presentar para su reembolso.

Le recomendamos que utilice un proveedor de la red cuando pueda.

Plan de la Vista

La cobertura de visión de RCMA se ofrece a través de Sun Life en la red **VSP**. El plan ofrece cobertura dentro y fuera de la red. Si usted utiliza un proveedor fuera de la red, el beneficio por sus servicios será sujeto a una cantidad específica del honorario de reembolso (vea la tabla a continuación).

Proveedor	Sun Life	
La red	VSP	
	En la Red	Fuera de la Red
Examen de los ojos		
<i>Copago para el Examen</i>	\$10	Asignación de \$45
<i>Frecuencia</i>	Una vez cada 12 meses	
Lentes (en vez de contactos)		
<i>Visión Singular</i>	\$25	Asignación de \$30
<i>Bi-Focal</i>	\$25	Asignación de \$50
<i>Tri-Focal</i>	\$25	Asignación de \$60
<i>Lenticular</i>	\$25	Asignación de \$100
<i>Frecuencia</i>	Una vez cada 12 meses	
Monturas		
<i>Beneficio / Subsidio</i>	\$130 asignación, y descuento de 20% de la balanza	Asignación de \$70
<i>Frecuencia</i>	Una vez cada 24 meses	
Lentes de Contacto (en vez de lentes)		
<i>Electivo</i>	\$130 asignación, y descuento de 15% de la balanza	Asignación de \$105
<i>Medicamento Necesario</i>	\$0	Asignación de \$210
Corrección de Visión por Laser		
<i>Beneficio / Descuentos</i>	15% de Descuento sobre el precio regular o 5% de descuento sobre el precio promocional	N/A



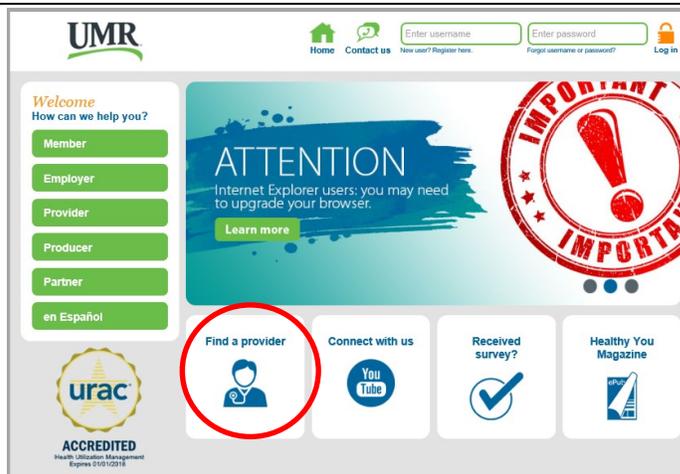
La facturación de saldo

Cuando se permanece dentro de la red, que está protegido por el contacto de la compañía de seguros y no le pueden cobrar más de lo que está acordado por el plan. Esto es conocido como "facturación de saldo" y que no está permitido por proveedores de la red. Fuera de la red dentistas (no participantes) no están limitados en la cantidad que pueden cargar y pueden equilibrar-factura de la diferencia entre lo que el seguro pagó y los cargos facturados. Muchos de los proveedores de red dentales que no se cobre un seguro que no participan con y requerirían que se paga por el costo total de los servicios y materiales y presentar para su reembolso. **Recomendamos que utilice un proveedor de la red siempre que sea posible.**

Localizar a Proveedores

SEGURO MÉDICO: UMR

1. www.umar.com
2. Seleccione "Find a Provider"
3. Seleccione **Medical** under Provider Network Search
4. Entre el nombre de la red que es: **United Healthcare Choice Plus Network**
5. Para los proveedores médicos, elija "Search for a medical provider." Para proveedores de salud del comportamiento (incluyendo asesoramiento y abuso de sustancias) "View directory of behavioral health providers"



SEGURO DENTAL: Sun Life

Cómo encontrar un dentista participante de PPO o DHMO

Hay tres maneras de encontrar en línea un dentista de la red:

1. Visite www.sunlife.com/LocaliceAUnDentista
2. Ahora existen tres formas de buscar a un dentista cerca de usted.
3. Estos tres métodos le llevarán a la pantalla de búsqueda de dentistas. Simplemente complete el formulario y aparecerá una lista de dentistas locales.

Aplicación Móvil

1. Descarga la aplicación móvil (disponible para Iphone y Android)
2. Seleccione "Localice a un Dentista" usando uno de las tres opciones.

Llamar por teléfono: 800-442-7742

Localice a un Dentista

Hay varias maneras de encontrar un dentista. Por favor revise todas las opciones disponibles para determinar cuál es la mejor para usted.

Opción 1: Busque con su Número de Identificación del Grupo (Group ID)

Número de Identificación del Grupo

[Búsqueda](#)

¿Dónde encuentro mi Número de Identificación del Grupo (Group ID)?

Este número, normalmente se encuentra en la información que se le envió referente al plan elegido por su empleador, en la tarjeta de identificación (ID) del plan dental o en nuestra aplicación "Benefit Tools mobile app".

Opción 2: Inicie sesión en su cuenta de Sun Life

Utilice la información de inicio de sesión de su cuenta de Sun Life para identificar su red.

[Iniciar sesión](#)

¿No está registrado para una cuenta de Sun Life? Regístrese aquí.

Opción 3: Seleccione su red a continuación

¿No conoce el nombre de su red? Usted puede encontrar el nombre de su red en su tarjeta de identificación dental (ID Card). Si no tiene una tarjeta de identificación dental disponible, puede tener acceso a la misma en su cuenta de Sun Life.

¿Plan PPO (Red de Proveedores Preferidos)?

Seleccione su red PPO en la lista a continuación.

- Si su tarjeta de identificación dental incluye DHA o DHA Premier, seleccione la red dental de Assurant®
- Si la empresa para la que trabaja tiene su sede en Carolina del Norte, seleccione la red Assurant Focus Dental Network®.
- Si no observa el nombre de su red DPO en el menú desplegable, haga clic aquí.

Red [Ayuda](#)

¿DHMO o Plan Dental Prepagado?

Elija su estado y plan a continuación para obtener una lista de los dentistas disponibles en su área geográfica. El nombre de su plan aparece en su tarjeta de identificación (ID) del plan dental.

Estado

Opción 4: Búsqueda genérica

Si aún no es miembro, puede buscar aquí para encontrar dentistas en nuestra red Sun Life Dental Network®. Dependiendo de la red elegida para su plan, los dentistas listados pueden variar.

[Búsqueda](#)

Opción 5: Llámenos:

Si no puede encontrar un dentista a través de nuestras opciones de autoservicio, llame al 1-800-442-7742 para obtener ayuda.



iPhone



Android

SEGURO DE LA VISTA: Sun Life - Red de VSP

1. www.vsp.com | 800-877-7195
2. Haga clic en "Encuentre Un Doctor".
3. Puede buscar por nombre, por ubicación, o por oficina. Con su código postal, podrá conseguir proveedores cercanos.



La facturación de saldo

Cuando se permanece dentro de la red, que está protegido por el contacto de la compañía de seguros y no le pueden cobrar más de lo que está acordado por el plan. Esto es conocido como "facturación de saldo" y que no está permitido por proveedores de la red. Fuera de la red dentistas (no participantes) no están limitados en la cantidad que pueden cargar y pueden equilibrar-factura de la diferencia entre lo que el seguro pagó y los cargos facturados. Muchos de los proveedores de red dentales que no se cobre un seguro que no participan con y requerirían que se paga por el costo total de los servicios y materiales y presentar para su reembolso. **Recomendamos que utilice un proveedor de la red siempre que sea posible.**

Seguro de Vida Basica y AD&D

Todos los empleados elegibles de tiempo completo están provistos de Vida Básico y AD&D a través de Sun Life. Este beneficio es pagado en un 100 % por RCMA . La Vida Básico y AD&D ofrece a su beneficiario con un beneficio de \$40,000.

Es su responsabilidad notificar a su empleador acerca de quién debe ser indicado como su beneficiario(s).

Tenga en cuenta: después de los 70 años, se aplica un programa de reducción al beneficio de vida básica y AD&D.

* Consulte con un abogado antes de designar niños menores de edad como beneficiarios. Los niños menores de 18 años no pueden acceder a los beneficios del seguro de vida sin el fideicomiso adecuado, designaciones UTMA o acuerdo de principal financiero en vigor

Seguro de Vida Voluntario y AD&D

Usted tiene la oportunidad de comprar un seguro de vida adicional para usted y su familia. Esta cobertura se ofrece a través de Sun Life.

Cubre	Cantidad del Beneficio
Empleado	Usted puede elegir seguro de vida en incrementos de \$10,000 hasta \$500,000. Puedes elegir hasta \$180,000 para empleados menos 70 años y \$10,000 para empleados sobre la edad de 70 años sin tener que proveer evidencia de buena salud. Esto es comúnmente referido Cobertura Garantizada (GI en Ingles). Cualquier elección por encima de GI requerir completar un formulario de Evidencia de Buena Salud (EOI en Ingles). Nota: después de los 70 años, se aplica un programa de reducción a este beneficio.
<i>Si usted elige seguro de vida para usted mismo, usted tiene la oportunidad para elegir cobertura para su cónyuge y/o hijos.</i>	
Cónyuge	Usted puede elegir seguro de vida para su cónyuge en incrementos de \$5,000 hasta 100% de la cantidad elegida por el empleado hasta un máximo de \$250,000. La Cobertura Garantizada para la cobertura de su cónyuge es \$50,000. Si usted elige una cantidad sobre la Emisión Garantizada, su cónyuge tendrá que completar un EOI para probar buena salud a Sun Life antes que la cobertura sea en efecto. Las tarifas para cónyuges se basan en la edad del empleado. Nota: después de los 70 años, se aplica un programa de reducción a este beneficio.
Hijo(s)	Usted puede elegir cobertura en incrementos de \$2,500 , hasta un máximo de \$10,000 para todos sus hijos de 14 días a 26 años. Los niños entre el nacimiento y los 14 días tienen un beneficio máximo de \$1,000.

Se requiere un formulario de Evidencia de Buena Salud (EOI) si:

- Anteriormente había renunciado a la cobertura y ahora elige el beneficio de más de \$ 10,000
- Está eligiendo un monto de cobertura mayor que el monto de la Emisión de Garantía
- Anteriormente había renunciado a la cobertura para su cónyuge o hijo y ahora está eligiendo O aumentando su monto de cobertura actual.

Inicie sesión en ADP para el formulario EOI.

Las tarifas personalizadas están clasificadas por edades y se confirmarán a través del sistema ADP durante su inscripción. Incluso si las tarifas siguen siendo las mismas, a medida que aumenta su edad, sus tarifas también aumentarán.



Portabilidad - Si deja de trabajar , usted puede ser elegible para continuar con su seguro de vida sin presentar prueba de buena salud. Debe comunicarse con su empleador para las formas de portabilidad e información sobre cómo se puede aplicar.

Conversión - Si deja de trabajar , hay varias circunstancias en las que usted y sus dependientes cubiertos puede convertir a las políticas individuales. Debe comunicarse con su empleador para las formas de conversión e información sobre cómo se puede aplicar. El importe de la compra varía en función de la situación de terminación.

Tenga en cuenta que va a tener 31 días a partir de la fecha de terminación para presentar los formularios correspondientes.

Excepción Si un dependiente, que no sea un niño recién nacido, se limita a un hospital u otro centro de atención médica; o está en casa confinado o no puede llevar a cabo las actividades normales de alguien de la misma edad y sexo en la fecha en que sus beneficios de dependientes comenzarían, los beneficios elegidos se pospondrán hasta el día después del alta de dicha instalación; hasta que termine el confinamiento domiciliario; o hasta que el dependiente reanude las actividades normales de alguien de la misma edad y sexo.

Sun Life—(EOI)

Es la forma rápida y fácil de enviar una EOI, y es confidencial.

¿Por qué usar nuestra solicitud de EOI en línea?

- Es rápido. Nuestro sitio lo guía paso a paso en el proceso que por lo general toma menos de 15 minutos.
- Es fácil. Le enviamos un reconocimiento oficial por correo electrónico para confirmar que su solicitud de EOI fue aprobada o para pedirle más información necesaria para tomar una decisión.

Si su empleador le ha pedido que complete una solicitud de Comprobación de elegibilidad (EOI), siga los pasos que se indican a continuación para enviarla en línea.¹

1. Prepárese para completar la solicitud de EOI. Es posible que necesite recopilar alguna información de su empleador.

- Su número de póliza grupal
- Su ubicación
- Cobertura para usted y cualquier dependiente que incluya en su solicitud de EOI
- Estatura
- Peso
- Sus antecedentes médicos recientes y los de cualquier dependiente que incluya en su solicitud de EOI.

2. Ingrese a nuestra solicitud en línea:

- Inicie sesión en su cuenta en www.sunlife.com/account ingresando su nombre de usuario y contraseña. Si aún no tiene una cuenta, puede crear una haciendo clic en *Create an account* (Crear una cuenta).
- Una vez que haya iniciado sesión, seleccione *Submit Evidence of Insurability* (Enviar Comprobación de elegibilidad).

3. Siga las instrucciones en la pantalla de Comprobación de elegibilidad.

- Ingrese la información que ha recopilado.
- Podrá revisar sus respuestas y luego firmar su solicitud electrónicamente antes de enviármola.
- Después de haber ingresado toda la información requerida, asegúrese de presionar el botón *Submit for review* (Enviar para revisión) en la última pantalla.

The screenshot shows a web form for 'Evidence of Insurability'. It contains several sections: instructions for completing the application, a 'Group Policy Number' field, a 'Social Security Number' field, and a section for 'This submission is for:' with radio button options for 'Employee (Self)', 'Spouse/Partner', and 'Dependent Child(ren)'. There is also a 'Number of Children' field. A 'Submit' button is located at the bottom right of the form area. A 'Your Privacy' sidebar is visible on the right side of the page.



Sun Life—(EOI)

Preguntas frecuentes

¿Qué es la Comprobación de elegibilidad (EOI)?

La EOI es una declaración o comprobante de los antecedentes médicos de un empleado o su dependiente. La usamos para determinar si le proveeremos o no el beneficio que está solicitando.

¿Por qué tengo que enviar la EOI?

La razón por la que podría necesitar enviar la EOI dependerá de su póliza grupal. Por lo general, se requiere enviar la EOI si:

- solicita cobertura adicional que supera el monto garantizado de la póliza emitida;
- se inscribió con anterioridad para el beneficio y ahora desea incrementar el monto;
- rechazó el beneficio durante su período inicial de elegibilidad y ahora desea inscribirse; o elige
- aumentar su cobertura y su póliza grupal le permite hacerlo.

¿Qué es el monto garantizado de la póliza emitida?

El monto garantizado de la póliza emitida es la cantidad de cobertura que puede recibir según su póliza grupal sin tener que proporcionar una EOI.

¿Cuáles son mis montos garantizados de la póliza emitida y las fechas límite para solicitar mayor cobertura?

Los montos garantizados de la póliza emitida y las fechas límite varían de acuerdo con su póliza grupal y el tipo de cobertura. Solicite a su empleador más información.

¿Qué sucede si solicito cobertura después de la fecha límite?

Si solicita cobertura después de la fecha límite, se le considerará un "participante fuera del período de inscripción", y el monto total que solicita estará sujeto a una EOI.

Normalmente, la fecha límite para solicitar la cobertura es en un plazo de 31 días a partir de su fecha de elegibilidad. Sin embargo, para confirmar sus fechas límite reales, pregunte a su empleador.

¿Qué sucede si no deseo presentar la solicitud en línea o si la cobertura que solicito todavía no tiene una solicitud de EOI en línea?

Para descargar una solicitud de EOI en papel, visite www.sunlife.com/us y, en Client support (Asistencia al cliente), haga clic en *Find a form* (Buscar un formulario). También nos puede llamar al 800-247-6875, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Llénela y envíenla de regreso siguiendo las instrucciones de la solicitud.

¿Qué pasa después de que he enviado una solicitud en línea?

Su empleador le confirmará que usted es elegible para solicitar la cobertura que seleccionó. Su empleador no tendrá acceso a las respuestas de su EOI. Tan pronto como su empleador verifique su elegibilidad para la solicitud, nosotros revisaremos su solicitud y nos comunicaremos con usted por correo electrónico con una decisión.

Le informaremos si su solicitud se encuentra, ya sea:

Aprobada Su cobertura adquirirá vigencia en la fecha de aprobación o la fecha de vigencia del beneficio (lo que resulte posterior); o

Pendiente Necesitamos más información suya antes de tomar una decisión. Estaremos en contacto con usted por correo para obtener más información.

Acerca de la privacidad y la seguridad

De acuerdo con las estrictas prácticas de privacidad de Sun Life Financial, sus respuestas en la sección de historial de salud de la solicitud de EOI son absolutamente confidenciales y nunca se le mostrarán a su empleador. Además, no compartimos su dirección de correo electrónico u otra información personal con terceros, excepto según lo permite o exige la ley. Nuestro sitio web incluye una seguridad de última generación. Toda la información que usted ingresa está encriptada y se transmite usando una tecnología SSL (capa de conexión segura).

Seguro de Discapacidad de Corto Plazo

La incapacidad a corto plazo es un seguro para su cheque de pago. Este beneficio está configurado para ayudarlo a brindarle protección de ingresos a corto plazo en caso de que se enferme o lesione hasta un período de 13 semanas. En el caso de un accidente, no será necesario que cumpla con el período de eliminación. La incapacidad a corto plazo se ofrece a través de Sun Life y es 100% voluntaria, lo que significa es que las primas son pagadas al 100% por el empleado. Si acaba de elegir este beneficio, se requiere una Evidencia de asegurabilidad. Evidencia de Buena salud. Este formulario esta disponible en el sistema ADP Employee Self Service.

Proveedor	Principal
Porcentaje de Beneficios	Incrementos de \$25, o el Beneficio Máximo
Beneficio Máximo Semanal	\$700 o 60%, el que sea menor
Periodo de Eliminacion	
Accidente	Primer dia
Enfermedad	Dia 8
Duración del Beneficio	13 semanas
*Limitación Pre-Existente	6 meses anterior / 12 meses asegurados

*** Pre -existentes Limitación:** Si está recibiendo tratamiento para una condición de 6 meses antes de la fecha de vigencia de esta política y que comporta la aparición de una discapacidad dentro de los 12 meses , los beneficios no se pagarán . Una vez que ha estado asegurado durante 12 meses , la cláusula de condición preexistente ya no se aplica .

Sabia que la maternidad es un beneficio cubierto por incapacidad a corto plazo?

Sin embargo, solo está cubierto si elige el beneficio antes de quedar embarazada.



Ejemplo: Si una empleada está embarazada en Mayo de 2021 y elige el beneficio de incapacidad a corto plazo a partir de el 1 de Junio de 2021, el embarazo se considera una "condición pre-existente" y no está cubierto ya que el embarazo es anterior del inicio de la cobertura.

Si un empleado elige el beneficio en Abril de 2021 y luego queda embarazada en Enero de 2022, el beneficio de incapacidad a corto plazo estaria disponible para el empleado ya que el embarazo se produjo después del inicio de la cobertura.

Condición Pre-existente significa que durante los 3 meses anteriores a la fecha efectiva del Seguro del Empleado (1 de Junio de 2021) el empleado recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios, incluidas las medidas de diagnóstico, o tomó medicamentos recetados o medicamentos para la condición incapacitante. La exclusión por condición preexistente no se aplicará si la incapacidad total o parcial del empleado comienza después de los 12 meses posteriores a la fecha de vigencia del seguro del empleado o de los 12 meses posteriores a la fecha efectiva de cualquier aumento en la cantidad de seguro de un empleado.

Por Favor vea ADP por las deducciones por nómina.

Seguro de Incapacidad de Largo Plazo

Este beneficio se ofrece a través de Principal y es 100% pagado por RCMA. **Por lo tanto, si queda incapacitado y recibe beneficios, estos beneficios se convertirán en ingresos sujetos a impuestos.**

Proveedor	Principal
Porcentaje de Beneficio	60%
Beneficio Máximo Semanal	\$5,000
Duración del Beneficio	Seguridad Social edad de Jubilación
Periodo de Eliminacion	90 días
Propio Período de Ocupación	2 años
*Limitación Pre-Existente	3 meses anterior / 12 meses asegurados
Definición de Ganancias	Ganancias de W-2

*** Pre -existentes Limitación:** Si está recibiendo tratamiento para una condición de 3 meses antes de la fecha de vigencia de esta política y que comporta la aparición de una discapacidad dentro de los 12 meses , los beneficios no se pagarán . Una vez que ha estado asegurado durante 12 meses , la cláusula de condición preexistente ya no se aplica .

Primas/Deducciones de Nómina

Deducción de Nómina

Las deducciones de nómina son basados en su elección de las coberturas. Para determinar su costo por periodo de pago del plan Médico, Dental y Visión.

UMR - Médico (24) Deducciones de nómina	Plan Básico	Plan de Compra
Solo Empleado (salario < \$28,000)* Basado en el año anterior W-2—Actualizado anualmente 6/1	\$53.78	\$160.00
Solo Empleado (salario > \$28,000)* Basado en el año anterior —Actualizado anualmente 6/1	\$84.00	\$160.00
Empleado y Cónyuge	\$355.06	\$517.69
Empleado e Hijo(s)	\$289.80	\$424.44
Empleado y Familia	\$483.65	\$703.45

Sun Life - Dental (24) Deducciones de nómina	DHMO	PPO
Solo Empleado	\$3.81	\$17.92
Empleado y 1	\$5.75	\$33.10
Empleado y Familia	\$10.31	\$53.33

Sun Life - Vision (24) Deducciones de nómina	
Solo Empleado	\$2.02
Empleado y Familia	\$5.76

Deducciones del verano para empleados de temporada

Anticipo automático de las deducciones médicas, dentales, de la vista, de vida y por discapacidad por periodo de baja (deducciones de verano).

Para reducir los costos administrativos y las primas no canceladas, RCMA comenzó a hacer deducciones automáticas por adelantado a partir del 15 de enero de 2021. Cualquier ajuste debido al empleado o RCMA será hecho tan pronto como el empleado regrese a trabajar luego de finalizar el periodo de "lay-off."

Las coberturas de grupo por el Seguro de Vida Familiar y el Seguro Voluntario de Invalidez a Corto Plazo NO serán canceladas por RCMA durante el periodo de "lay-off."

Si elige cancelar su cobertura por discapacidad de vida o de corto plazo, debe completar una EOI para que se restablezca su cobertura a su regreso.

Programa de Asistencia para Empleados



Apoyo emocional confidencial

Nuestros clínicos altamente capacitados escucharán sus inquietudes y les ayudarán a usted o a sus familiares con cualquier problema, como por ejemplo:

- Ansiedad, depresión, estrés
- Duelo, pérdidas y adecuación en la vida
- Conflictos maritales o de relación



Soluciones para el trabajo y la vida personal

Nuestros especialistas proporcionan derivaciones calificadas y recursos para todo lo que se incluya en su lista de quehaceres, como:

- Búsqueda de cuidados para niños y ancianos
- Contratar compañías de mudanza o contratistas de refacciones en el hogar
- Planificar eventos, ubicar lugares de atención para mascotas



Asesoramiento legal

Hable con nuestros abogados a fin de obtener asistencia práctica para sus problemas legales más apremiantes, como por ejemplo:

- Divorcio, adopción, leyes de familia, testamentos, fideicomisos y mucho más

¿Necesita representación? Obtenga una consulta gratis de 30 minutos y una reducción del 25 % en los honorarios.



Recursos financieros

Nuestros expertos financieros pueden ayudarle con una amplia gama de problemas.

- Retiro, impuestos, hipotecas, presupuestos y más

Para obtener orientación adicional, podemos remitirlo a un profesional financiero local y coordinar el reembolso del costo de una consulta inicial de una hora en persona.



Apoyo en línea

GuidanceResources® en línea es su vínculo a información fundamental, herramientas y apoyo durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Inicie sesión para:

- Artículos, podcasts, videos, diapositivas
- Capacitaciones a demanda
- Respuestas personales a sus preguntas en "Pregúntele a un experto"



Ayuda para padres primerizos

ParentGuidance® lo acompaña a lo largo del proceso de convertirse en padre, biológico o adoptivo, lo que incluye:

- Preparación emocional y financiera para la llegada del bebé
- Búsqueda de cuidado de niños
- Planificación para el regreso al trabajo y otros asuntos



Preparación gratuita de testamento en línea

EstateGuidance® le permite crear rápida y fácilmente un testamento en línea.

- Especifique sus deseos respecto de sus propiedades
- Imparta instrucciones sobre su funeral y entierro
- Elija un tutor para sus hijos

¿Qué sucede cuando llamo para pedir apoyo psicológico?

Cuando llame, hablará con un GuidanceConsultant®, un consejero con un título de maestría o doctorado que recopilará información general sobre usted y hablará sobre sus necesidades. El GuidanceConsultant le proporcionará el nombre de un consejero que puede ayudarlo. Recibirá asesoramiento a través del EAP hasta 3 sesiones telefónicas por tema, por persona, por año calendario. Luego puede programar una cita para hablar con el consejero por teléfono o programar una visita presencial.

¿Qué servicios de asesoramiento proporciona el programa EAP?

El EAP ofrece asesoramiento gratuito a corto plazo con los consejeros en su área que le pueden ayudar con sus problemas emocionales.

Si el asesor determina que sus problemas se pueden resolver con asesoramiento a corto plazo, recibirá asesoramiento a través del EAP. Sin embargo, si se determina que el problema no se puede resolver en el asesoramiento a corto plazo en el EAP y necesitará tratamiento a largo plazo, se lo derivará a un especialista desde el principio y se activará su cobertura de seguro.

Comuníquese con EAPBusiness ClassSM en cualquier momento

Soluciones sin costo y confidenciales para los desafíos de la vida.

Su programa ComPsych® GuidanceResources® EAPBusiness Class ofrece a alguien con quien hablar y recursos para consultar siempre y dondequiera que los necesite.

Llame al: 877.595.5281

TTY: 800.697.0353

Su número gratuito le ofrece acceso directo a un GuidanceConsultantSM, 24/7, que responderá a sus preguntas y, si es necesario, lo remitirá a un asesor u otros recursos.

En línea: guidanceresources.com

App: GuidanceNowSM

ID de la web: EAPBusiness

Inicie sesión hoy para conectarse directamente con un asesor GuidanceConsultant y abordar su problema o consultar artículos, podcasts, videos y otras herramientas útiles.

Apoyo, recursos e información durante las 24 horas, los 7 días de la semana



GGFL-1597SP

Comuníquese con EAPBusiness Class en cualquier momento

Llame al: 877.595.5281

TTY: 800.697.0353

En línea: guidanceresources.com

App: GuidanceNowSM

ID de la web: EAPBusiness

Sun Life—Asistencia de emergencia en viaje

SERVICIOS GLOBALES DE EMERGENCIA



Consulta, Evaluación y Referencias Médicas

El centro de operaciones cuenta con personal de asistencia capacitado y multilingüe que puede hacer recomendaciones en cualquier emergencia.



Asistencia de Admisión Hospitalaria en el Extranjero

Assist America fomenta la admisión hospitalaria sin demora validando la cobertura de salud del afiliado o afiliada o adelantado fondos al hospital, según sea necesario.



Evacuación Médica de Emergencia

Si localmente no hay instalaciones médicas adecuadas, Assist America utilizará cualquier método de transporte, equipo y personal necesario para evacuar al asegurado a la instalación más cercana que pueda proporcionar un alto estándar de atención.



Monitoreo Médico

Mantenemos una comunicación regular con los pacientes, sus familias y el personal médico asistente, supervisando la calidad y el curso del tratamiento.



Repatriación Médica

Una vez que la condición médica del asegurado se considere estable, Assist America le repatriará a su domicilio o a un centro de rehabilitación con un acompañante médico o no médico, según sea necesario.



Asistencia con Receta

Si el asegurado necesita reemplazar un medicamento de venta con receta durante un viaje, Assist America ayudará a surtir ese medicamento.



Cuidado de Niños Menores

Assist America dispondrá lo necesario para el cuidado de los niños que hayan quedado sin supervisión como consecuencia de una emergencia médica y pagará todo costo de transporte que generen dichos arreglos.



Visita Compasiva

Si un afiliado(a) que viaja a solas se le hospitalizará por más de siete días, Assist America proporcionará a un familiar o amistad designado el transporte de ida y vuelta en clase económica en una compañía de transporte general al lugar de la hospitalización.



Regreso de Restos Mortales

Assist America ayudará con la logística para regresar los restos de un afiliado o afiliada a su ciudad de residencia en caso de su fallecimiento durante un viaje.

Otros servicios de asistencia incluyen:

- Regreso de Vehículo
- Asistencia de Equipaje y Documentos Extraviados
- Referencias a Servicios Legales y de Intérpretes
- Trasmisión de Mensajes de Emergencia
- Coordinación de Fianzas y Efectivo para Emergencias
- Consejería de Emergencia Para Casos de Trauma
- Información Previa al Viaje

Para obtener más información, visite www.assistamerica.com

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD

Assist America ofrece herramientas de prevención y resolución para proteger sus datos y restaurar su integridad en caso de que se usen de manera fraudulenta. Estos servicios incluyen:

Acceso 24/7 a expertos en protección de identidad

Usted tiene acceso directo de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana a expertos en protección contra robo de identidad que pueden brindarle orientación para lidiar con problemas de fraude de identidad.

Registro de Tarjetas de Crédito y Documentos

Registre sus datos utilizando nuestro sitio de Internet seguro para almacenar información de tarjetas de crédito, bancos y otros documentos importantes en una ubicación única, centralizada y segura.

Monitoreo de Fraudes de Internet

Tras registrarse, utilizamos una tecnología de rastreo de Internet en tiempo real para monitorear todo signo de que sus datos personales están registrados en sitios sospechosos. Recibirá notificaciones automáticas de advertencia si se descubre que sus datos están utilizándose de manera fraudulenta.

Apoyo 24/7 en Caso de Fraude de Identidad

Si es víctima de un fraude de identidad, un experto especializado en protección contra el robo de identidad le guiará para mitigar las consecuencias del fraude. Su trabajador de caso también notificará a los emisores de tarjetas de crédito y débito si extravía o le hurtan su(s) tarjeta(s) de crédito o débito.

Para activar estos servicios, visite: www.assistamerica.com/sunlife

DESCARGAR LA APLICACIÓN MÓVIL

Acceda a una amplia gama de servicios de asistencia en emergencia en todo el mundo desde su teléfono descargando la aplicación móvil GRATIS de Assist America para iPhone y Android.

- **Pedir Ayuda 24/7/365:** Llame a nuestro Centro de Operaciones con un solo toque.
- **Información Previa al Viaje:** Acceda a información detallada de cada país
- **Tarjeta de Identificación Móvil:** Su tarjeta de membresía se almacena dentro de la misma aplicación
- **Alertas de Viaje:** Reciba alertas sobre situaciones globales urgentes que podrían afectar los viajes
- **Indicador de Elegibilidad:** Señala cuándo es usted elegible para recibir los servicios.
- **Localizador de Embajada y de Farmacias en los EE.UU.:** Encuentre la embajada / consulado más cercano de 23 países y las farmacias más cercanas en los EE.UU
- **Disponible en 7 Idiomas:** Está disponible en español, inglés, francés, árabe, mandarín, tailandés y bahasa

Complete el proceso de instalación introduciendo su número de referencia de Assist America:

01-AA-SUL-100101

***Consulte el folleto con todos los detalles, incluido el descargo de responsabilidad y las condiciones de ADP.**

SERVICIOS GLOBALES DE ASISTENCIA AL VIAJERO



assist america

Numero de Referencia: **01-AA-SUL-100101**

Si requiere asistencia al viajar a más de 100 millas de su residencia permanente, o en otro país, llame al Centro de Operaciones de Assist America al:

+1 609 986 1234 (Desde cualquier parte del mundo)

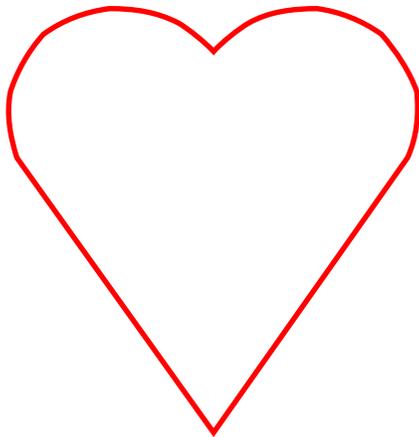
+1 800 872 1414 (Dentro de EE.UU. – sin costo)

O envíe un mensaje electrónico a: medservices@assistamerica.com

Contribuciones del Empleador

RCMA se compromete a proveer uno de los paquetes de beneficios más competitivos para los empleados y sus familias y contribuye con un promedio de \$688 mensuales por empleado para los beneficios médicos.

Cobertura Médica	Costo anual de empleado	Costo anual de RCMA (de su empleador)	Prima Annual
Plan Básico			
Solo Empleado (salario < \$28,000)	\$1,291	\$6,703	\$7,994
Solo Empleado (salario > \$28,000)	\$2,016	\$5,966	\$7,982
Empleado y Cónyuge	\$8,521	\$8,241	\$16,762
Empleado e Hijo(s)	\$6,955	\$8,210	\$15,166
Familia	\$11,608	\$12,338	\$23,946
Plan de Compra			
Solo Empleado	\$3,840	\$4,379	\$8,219
Empleado y Cónyuge	\$12,424	\$4,836	\$17,260
Empleado e Hijo(s)	\$10,186	\$5,430	\$15,616
Familia	\$16,883	\$7,775	\$24,657



también paga por:

- La Prima de Vida Básica y AD&D premium
 - Incapacidad de largo plazo
 - Programa de asistencia al empleado
 - Beneficios Auditivos
 - Programa de pérdida de peso de RealAppeal
- Servicios de protección contra robo de identidad y viajes de emergencia
 - Suministros y medicamentos para la diabetes

Ley de Asistencia Asequible (ACA)

ACA Prueba de Elegibilidad

RCMA utiliza un periodo de medición estándar de 12 meses para medir las horas de todos en curso a tiempo parcial y empleados variable de horas contratadas en o antes de la fecha de inicio de un periodo de medición estándar. Si un empleado se determina que es elegible para la cobertura de salud durante un periodo de medición inicial o estándar, el empleado debe permitir seguir siendo inscrito en la cobertura de salud para todo el período de estabilidad asociado. (vea abajo)

Cambio de Estatus

Si estás a tiempo completo, y su estado cambia a tiempo parcial, o variables de horas, durante el período de estabilidad seguirá siendo cubierto en el seguro para un total de 3 meses, momento en el cual se le permitirá a su empleador para volver a probar su elegibilidad. Si continúa para satisfacer los requisitos de cada hora, a continuación, se le extendió los beneficios durante el resto del período de estabilidad. Si no lo hace, entonces usted será removido de los beneficios y será sometido a prueba con el siguiente período de medición. Sin embargo, si usted sigue siendo calificado, pero desea terminar su cobertura, esto puede ser un evento que califica debido al cambio de salario y las horas trabajadas. Si permanecen en los beneficios, usted será responsable de pagar su parte de las primas, independientemente de la cantidad de pago en sus cheques. Sobre la base de su nuevo estatus como empleado de horas variables, usted estará sujeto a la Periodo de Medición RCMA estándar, y puede no ser apta para continuar con los beneficios en las pruebas para el próximo período de estabilidad.

Si usted es un a tiempo parcial o empleado horas variable y tener un cambio en el estado de tiempo completo entonces usted puede ser elegible para salir en el plan, siempre y cuando usted no estaba previamente elegibles (y rechazado) en base a ACA estándar de ensayo durante el periodo de medición anterior.

Normas de Pruebas Anuales		Nuevo Empleado Normas de Pruebas	
Periodo de Medición	May 1—April 30	Periodo de Medición	Primer día del mes, después de la fecha de contratación—sigue para 12 meses.
Período administrativo	May 1—May 31	Período administrativo	Primer día del mes, después del Periodo de Medición—sigue para 1 mes.
Período de estabilidad	June 1—May 31	Período de estabilidad	Primer día del mes, después del Periodo administrativo—sigue para 12 meses.
Definiciones de ACA			
Tiempo completo	En la fecha de contratación o la fecha de cambio de estatus, el empleado esta esperaba que trabajar, en promedio, 30 horas o mas por semana.		
Medio Tiempo	En la fecha de contratación o la fecha de cambio de estatus, el empleado esta esperaba que trabajar menos de 30 horas por semana.		
Horas Variables	En la fecha de contratación, El empleador no puede determinar si el empleado va a tener el promedio do 30 horas o mas por semana.		
Periodo de Medicion	El periodo (12 meses) usado para determinar elegibilidad por los beneficios de salud.		
Periodo administrativo	El periodo (un mes) en cual el empleador puede tomar las medidas, antes del comenza del periodo de estabilidad.		
Periodo de estabilidad	El periodo (12 meses) en cual empleados pueden elegir y permanecer en los beneficios de salud.		

ACA Requisitos de Valor Mínimo y Asequibilidad:

Todos los planes médicos ofrecidos por su empleador cumplen con los estándares de accesibilidad y el valor mínimo en virtud de la Ley de Asistencia Asequible (ACA). Usted no será elegible para recibir un subsidio reducción en el crédito fiscal o la distribución de costos de prima si decide renunciar a los beneficios de salud con el fin de inscribirse en un plan individual a través del Seguro de Salud del mercado.

Si se va a inscribirse y recibir una subvención, tendría que pagar esa subvención al gobierno federal a finales de año.

Guía Federales

Programa de Seguro de Salud 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 para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura. Estos estados utilizan fondos de sus programas Medicaid o CHIP para ayudar a las personas que son elegibles para estos programas, pero que también tienen acceso a un seguro médico a través de su empleador. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para las primas. Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marcar 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si califica, puede preguntarle al estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador. Una vez que se determina que usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como también son 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 denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de los requisitos para recibir asistencia con las primas.

AVISO DE INTERCAMBIO DE REFORMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA LEY DE CUIDADO ASEQUIBLE (ACA)

Según la ACA, los grandes empleadores son responsables de brindar a los empleados elegibles una cobertura que cumpla con las reglas de asequibilidad y valor actuarial establecidas por nuestro gobierno. Los planes que ofrece su empleador cumplen con estos estándares. Recibirá un aviso por separado con información específica. Como resultado, es posible que usted y / o sus dependientes no sean elegibles para un subsidio federal o estatal cuando soliciten cobertura en el Mercado de atención médica.

HIPAA - LEGISLACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

El plan de salud y su (s) proveedor (es) de atención médica están obligados a proteger la información médica confidencial que lo identifica o que podría usarse para identificarlo en lo que respecta a una afección de salud física o mental o al pago de sus gastos de atención médica. Si elige una nueva cobertura, usted y sus beneficiarios serán notificados de las políticas y prácticas para proteger la confidencialidad de su información médica.

de prestación de atención de salud de los Estados Unidos como un objetivo nacional crítico. Uso Significativo se define por el uso de la tecnología certificada de EHR de una manera significativa (por ejemplo prescripción electrónica); Asegurando que la tecnología certificada de EHR esté conectada de manera que provea el intercambio electrónico de información de salud para mejorar la calidad de la atención; Y que al usar tecnología certificada de EHR, el proveedor debe presentar a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) información sobre la calidad de la atención y otras medidas.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

La Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) incluye protecciones para las personas que eligen la reconstrucción mamaria en relación con una mastectomía. WHCRA establece que los planes de salud grupales brindan cobertura para beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a las mastectomías. También debe cubrir ciertos beneficios posteriores a la mastectomía, incluida la cirugía reconstructiva y el tratamiento de complicaciones (como linfedema). La cobertura de los servicios o beneficios relacionados con la mastectomía requeridos bajo la WHCRA están sujetos a las mismas disposiciones de deducible y coseguro o copago que se aplican a otros beneficios médicos o quirúrgicos que sus proveedores contratan en grupo.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN DE INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA) DE 2008

El Título II de la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los solicitantes y empleados de la discriminación basada en la información genética en la contratación, promoción, despido, pago, beneficios complementarios, capacitación laboral, clasificación, derivación y otros aspectos del empleo. GINA también restringe la adquisición de información genética por parte de los empleadores y limita estrictamente la divulgación de información genética. La información genética incluye información sobre pruebas genéticas de solicitantes, empleados o miembros de su familia; la manifestación de enfermedades o trastornos en miembros de la familia (historial médico familiar); y solicitudes o recepción de servicios genéticos por parte de solicitantes, empleados o miembros de su familia.

ARTÍCULO 111 DE 1 DE ENERO DE 2009

Los planes de salud grupales (GHP) deben cumplir con las disposiciones sobre informes obligatorios del pagador secundario federal de Medicare en la Sección 111

de la Ley de extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007. Requiere que los empleadores proporcionen información específica sobre su cobertura de GHP (incluida la seguridad social). números) para que CMS pueda determinar la responsabilidad del pago primario versus el secundario. En esencia, ayuda a determinar qué plan paga el plan de primer empleador o Medicare / Medicaid / SCHIP para los empleados cubiertos por un plan de gobierno y un plan patrocinado por el empleador.

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

1996 La Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres de 1996 establece que 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 estancia en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dar el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). Un proveedor tratante se define como una persona que está autorizada según la ley estatal aplicable para brindar atención materna o pediátrica y que es directamente responsable de brindar dicha atención a una madre o un recién nacido. La definición de proveedor tratante no incluye un plan, hospital, organización de atención administrada u otro emisor. En cualquier caso, los planes no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para recetar una estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Comuníquese con nosotros si desea obtener información adicional sobre la Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres o WHCRA

LEY DE MICHELLE

Una enmienda a la Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación de los Empleados (ERISA), la Ley del Servicio de Salud Pública (PHSA) y el Código de Rentas Internas (IRC). Esta ley garantiza que los estudiantes dependientes que tomen un permiso de ausencia médicamente necesario no pierdan la cobertura del seguro médico. La Ley de Michelle permite que los estudiantes universitarios gravemente enfermos, que son dependientes cubiertos por los planes de salud, continúen con la cobertura hasta por un año mientras se encuentran en permisos de ausencia médicamente necesarios. La licencia debe ser médicamente necesaria según lo certificado por un médico, y el cambio en la inscripción debe comenzar mientras el dependiente sufre una enfermedad o lesión grave y debe hacer que el dependiente pierda la condición de estudiante. Según la ley, un hijo dependiente tiene derecho al mismo nivel de beneficios durante una licencia de ausencia médicamente necesaria que tenía el hijo antes de tomar la licencia. Si se realizan cambios en el plan de salud durante la licencia, el niño sigue siendo elegible para la cobertura modificada de la misma manera que se habría aplicado si la cobertura modificada hubiera sido la cobertura anterior, siempre que la cobertura modificada permanezca disponible para otros dependientes. niños bajo el plan..

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA) se convirtió en ley el 13 de octubre de 1994. USERRA aclara y fortalece el Estatuto de Derechos de Reempleo de los Veteranos (VRR). La Ley en sí se puede encontrar en el Código de los Estados Unidos en el Capítulo 43, Parte III, Título 38 El Departamento de Trabajo ha emitido regulaciones que aclaran su posición sobre los derechos de los miembros del servicio que regresan a la licencia familiar y médica bajo el Empleo de Servicios Uniformados y Ley de Derechos de Reempleo (USERRA). Consulte 20 CFR Parte 1002.210. USERRA tiene como objetivo minimizar las desventajas para un individuo que ocurren cuando esa persona necesita ausentarse de su empleo civil para servir en los servicios uniformados de este país. USERRA realiza mejoras importantes en la protección de los derechos y beneficios de los miembros del servicio al aclarar la ley y mejorar los mecanismos de aplicación. También brinda a los empleados asistencia del Departamento de Trabajo en el procesamiento de reclamos. USERRA cubre prácticamente a todas las personas en el país que sirven o han trabajado en los servicios uniformados y se aplica a todos los empleadores de los sectores público y privado, incluidos los empleadores federales. La ley busca asegurar que aquellos que sirven a su país puedan retener su empleo civil y sus beneficios, y puedan buscar empleo libre de discriminación debido a su servicio. USERRA brinda protección a los veteranos discapacitados, requiriendo que los empleadores hagan esfuerzos razonables para adaptarse a la discapacidad. USERRA es administrado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, a través del Servicio de Capacitación y Empleo de Veteranos (VETS). VETS brinda asistencia a aquellas personas que experimentan problemas relacionados con el servicio con su empleo civil y brinda información sobre la Ley a los empleadores. VETS también ayuda a los veteranos que tienen preguntas sobre la preferencia de los veteranos.

Guía Federales

INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPAA

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL Este aviso se proporciona para asegurarse de que comprenda su derecho a solicitar una cobertura de seguro médico grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de seguro médico en este momento.

Pérdida de otra cobertura Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico 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 a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura de este plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina el empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este plan de salud.

Matrimonio, nacimiento o adopción Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un 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 o colocación para adopción.

Ejemplo: cuando fue contratado, era soltero y decidió no elegir los beneficios del seguro médico. Un año después, te casas. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan de salud grupal. Sin embargo, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su matrimonio.

Medicaid o CHIP Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para la prima de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia con la prima.

Ejemplo: cuando lo contrataron, sus hijos recibieron cobertura médica de CHIP y usted no los inscribió en este plan de salud. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puede inscribirlos en este plan de salud grupal si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la pérdida de la cobertura de CHIP. Para obtener más información o asistencia Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Redlands Christian Migrant Association | Lorena Hernandez
Human Resources
402 West Main Street
Immokalee, FL 34142
239-658-3560

Nota: Si usted o sus dependientes se inscriben durante un período de inscripción especial, como se describe anteriormente, no se lo considerará inscrito tardío. Por lo tanto, su plan de salud grupal no puede imponer un período de exclusión por condiciones preexistentes de más de 12 meses. Cualquier período de exclusión por afección preexistente se reducirá por el monto de su cobertura médica acreditable anterior. Con vigencia para los años del plan que comiencen a partir del 1 de enero de 2014, los planes de salud no pueden imponer exclusiones por afecciones preexistentes a ningún afiliado.

HITECH (DE WWW.CDC.GOV) La Ley Estadounidense de Reinversión y Recuperación (ARRA) se promulgó el 17 de febrero de 2009. ARRA incluye muchas medidas para modernizar la infraestructura de nuestra nación, una de las cuales es la "Tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica (HITECH) Act". La Ley HITECH respalda el concepto de registros médicos electrónicos: uso significativo [EHR-MU], un esfuerzo dirigido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Oficina del Coordinador Nacional de TI de Salud (ONC). HITECH propone el uso significativo de registros médicos electrónicos interoperables en todo el sistema

de prestación de atención médica de los Estados Unidos como un objetivo nacional crítico. El uso significativo se define por el uso de tecnología EHR certificada de manera significativa (por ejemplo, prescripción electrónica); asegurar que la tecnología EHR certificada esté conectada de una manera que permita el intercambio electrónico de información de salud para mejorar la calidad de la atención; y que al usar tecnología EHR certificada, el proveedor debe presentar al Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) información sobre la calidad de la atención y otras medidas.

RESCISIÓN La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe la rescisión de la cobertura del plan de salud, excepto por fraude o tergiversación intencional de un hecho material. Una rescisión de la cobertura del plan de salud de una persona significa que trataríamos a esa persona como si nunca hubiera tenido la cobertura. La prohibición de rescisiones se aplica a los planes de salud grupales, incluidos los planes con derechos adquiridos, vigente para los años del plan que comiencen a partir del 23 de septiembre de 2010.

Las regulaciones establecen que una rescisión incluye cualquier terminación retroactiva o cancelación retroactiva de la cobertura, excepto en la medida en que la terminación o cancelación se deba a la falta de pago oportuno de las primas. Las rescisiones están prohibidas excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material.

Por ejemplo, si un empleado está inscrito en el plan y hace las contribuciones requeridas, entonces la cobertura del empleado no puede rescindirse si luego se descubre que el empleado se inscribió por error y no era elegible para participar. Si se cometió un error y no hubo fraude o tergiversación intencional de un hecho material, entonces la cobertura del empleado puede cancelarse de manera prospectiva pero no retroactiva. Si se rescinde la cobertura de un miembro, el miembro debe recibir un aviso por escrito de la rescisión con 30 días de anticipación. El aviso también debe incluir los derechos de apelación del miembro según lo exige la ley y según lo dispuesto en los documentos de beneficios del plan del miembro. Tenga en cuenta que si rescinde la cobertura de un miembro, debe proporcionar el aviso correspondiente al miembro.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD DE ADICCIÓN (MHPAEA) La MHPAEA generalmente se aplica a planes de salud grupales y emisores de seguros de salud que brindan cobertura para beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias y beneficios médicos / quirúrgicos. MHPAEA proporciona con respecto a la paridad en la cobertura de beneficios de salud mental y trastornos por uso de sustancias y beneficios médicos / quirúrgicos proporcionados por planes de salud grupales basados en el empleo. MHPA '96 requería paridad con respecto a los límites de dólares anuales y de por vida totales para los beneficios de salud mental. MHPAEA amplía esas disposiciones para incluir los beneficios por trastorno por uso de sustancias. Por lo tanto, según la MHPAEA, los planes de salud grupales y los emisores no pueden imponer un límite en dólares de por vida o anual a los beneficios de salud mental o por trastornos por uso de sustancias que sea menor que el límite de dólares de por vida o anual impuesto a los beneficios médicos / quirúrgicos. La MHPAEA también requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos se aseguren de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los límites de visitas), aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias, generalmente no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicados a los beneficios médicos / quirúrgicos. Las regulaciones de MHPAEA también requieren que los planes y los emisores aseguren la paridad con respecto a las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los estándares de gestión médica).

CUIDADO PREVENTIVO

Los planes de salud brindarán una cobertura de primer dólar dentro de la red, sin costos compartidos, para servicios preventivos e inmunizaciones, según lo determinan las regulaciones de la reforma del cuidado de la salud. Estos incluyen, entre otros, exámenes de detección de cáncer, visitas de control del bebé y vacunas contra la influenza. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

PROGRAMA DE BIENESTAR

El Programa de Bienestar de nuestra empresa es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por empleadores 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 de Salud. según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (p. Ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que puede incluir un análisis de sangre. No es necesario que complete la HRA ni que participe en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Guía Federales

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") requiere que mantengamos la privacidad de la información médica protegida, notifiquemos nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted y sigamos los términos de nuestro aviso actualmente en vigor.

Puede solicitar una copia de las Prácticas de privacidad actuales al Administrador del plan que explique cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a esta información. Según lo requiera la ley. Divulgaremos información médica cuando así lo requieran las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar, derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, derecho a recibir notificación de una infracción, derecho a enmendar, derecho a un informe de divulgaciones, derecho a solicitar restricciones, derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, derecho a una copia impresa de este aviso y derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Derechos individuales Puede obtener una copia de sus registros de reclamos de salud y otra información de salud de nosotros, generalmente dentro de un período de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos / de reclamos si cree que son incorrectos. Nos reservamos el derecho de decir "no" a su solicitud, pero le daremos una explicación por escrito dentro de un período de 60 días. Se permite solicitar una forma específica de contactarlo por motivos confidenciales (por ejemplo, teléfono de su casa o de la oficina), específicamente si corre peligro debido a una determinada forma de comunicación.

Si desea que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones, puede hacerlo. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud si afectaría su atención. Si lo solicita, le proporcionaremos una lista de las veces que hemos compartido su información médica hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Esta lista incluirá todas las divulgaciones que excluyen el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones determinadas (como las que nos solicite que hagamos). Proporcionamos una lista al año gratis, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, que le proporcionaremos de inmediato, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que tengan esta autoridad y puedan actuar en sus intereses antes de emprender cualquier acción.

Si cree que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la información de la última página o presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Podemos asegurarle que no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención y en una situación de socorro en caso de desastre. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted y cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Nunca compartimos su información con fines de marketing de venta de su información sin su consentimiento expreso por escrito.

Nuestros usos y divulgaciones Normalmente usamos o compartimos su información de diferentes maneras. Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe al compartir información con los profesionales que lo están tratando. Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. 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). Nuestra organización puede usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios de salud, así como también divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Otros usos y divulgaciones Por lo general, en materia de salud pública y cuestiones de seguridad, podemos usar y compartir su información. Por ejemplo, prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, así como prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona, e investigaciones de salud.

Es posible que necesitemos compartir su información si la ley estatal o federal lo requiere, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad. Otras organizaciones y profesionales con los que podemos compartir su información son organizaciones de obtención de órganos, médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos compartir su información en casos especiales, como reclamos de compensación para trabajadores, propósitos de aplicación de la ley, agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley y para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial. Podemos compartir información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted 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.

Derechos de Cobertura Bajo COBRA

Estimado empleado, cónyuge e hijos dependientes:

Hemos sido contratados por su empleador patrocinador para proporcionarle información sobre sus derechos según COBRA. Está recibiendo este aviso porque recientemente se ha cubierto o será cubierto por el plan de salud grupal de su empleador patrocinador ("El Plan"). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura según el plan. Este aviso generalmente explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y que debe hacer para proteger el derecho a recibirla.

El derecho de la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la ley de reconciliación presupuestaria omnibus consolidada en 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted cuando de lo contrario perdería su cobertura de salud del grupo. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el plan cuando de lo contrario perderían su cobertura de salud grupal. Este aviso solo brinda un resumen de sus derechos de cobertura de continuación según el plan. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el plan y la ley federal, debe revisar la descripción resumida del plan o comunicarse con el administrador del plan o con el centro de servicios COBRA de su proveedor.

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de su plan que fue terminada debido a un evento de vida conocido como "evento que califica". Los eventos de calificación específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento que califica, la cobertura de continuación de COBRA se debe ofrecer a cada persona sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del plan se pierde debido a un evento que califica. Bajo el plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del plan porque ocurre uno de los siguientes eventos que califican:

- Sus horas de trabajo son reducido, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su culpa por mala conducta.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del plan debido a cualquiera de los siguientes requisitos:

- Su esposa/esposa muere;
- Las horas de su esposo/esposa son reducidas;
- El empleo de su esposo/esposa termina por cualquier motivo que no sea su culpa por mala conducta;
- Su esposo/esposa tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la parte A, la parte B, o ambos); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su esposo/esposa

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura en virtud del plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- El padre-empleado se muere;
- Se reducen las horas de trabajo de los padres y empleados;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea por su falta de conducta;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura bajo el plan como un "hijo dependiente"

Los beneficiarios calificados también incluyen un hijo nacido o en adopción para el empleado cubierto que cumple con los requisitos de elegibilidad del plan y queda cubierto por el plan durante el período de cobertura COBRA.

Jubilados

A veces, presentar un procedimiento en bancarrota bajo el título 11 del código De los Estados Unidos puede ser un evento calificador. Si se presenta un Procedimiento de quiebra con respecto a su empleador patrocinador, y esa quiebra tiene como resultado la pérdida de cobertura de cualquier empleado Retirado cubierto por el plan, el empleado retirado se convertirá en un Beneficiario calificado con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado Retirado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota resulta en la Pérdida de su cobertura bajo el plan.

Cuando esta disponible la cobertura de COBRA?

El plan que se ofrece por COBRA continúa bajo la cobertura a los beneficiarios calificados solo después que SU PROVEEDOR se ha notificado que se ha Producido. Un evento de calificación. Cuando el evento que califica es el final del empleo o la reducción de las horas de empleo, la muerte del empleado, el inicio de un Procedimiento de quiebra con respecto al empleador patrocinador, o el Hecho que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la parte A, Parte B, o ambos) el empleador debe de notificar a SU PROVEEDOR de Cobra sobre un evento de calificación.

Debe de notificar si hay un evento calificado

Para los demás eventos clasificatorios (divorcio o separación legal del empleador y esposa/esposa o hijos dependientes que pierden elegibilidad como hijos dependiente) causando una pérdida de cobertura, debe notificar a su proveedor de Cobra por escrito dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que ocurrió el evento calificador o la fecha en que perdería los beneficios debido a un evento calificador. El aviso por escrito del evento de calificación debe enviarse a su proveedor de cobra, a la dirección que se proporciona en este aviso, y deb e incluir todo lo siguiente:

Si necesita ayuda para actuar en nombre de un beneficiario incompetente, Comuníquese con SU PROVEEDOR de para obtener ayuda.

Cómo se proporciona la cobertura COBRA?

Una vez que SU PROVEEDOR recibe la notificación de que ha ocurrido un evento que califica, COBRA se ofrecerá cobertura de continuación a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho

Independiente para elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus esposo/esposa, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación

De COBRA en nombre de sus hijos. No tendrá que demostrar que es asegurable

Para elegir la cobertura de continuación. Sin embargo, tendrá que pagar la prima de tarifa de grupo para su cobertura de continuación más una tarifa de administración del 2%, si corresponde.

Cuánto dura la cobertura de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de su cobertura que tuvo con su empleador. Cuando el evento que califica es la

muerte del empleado, el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la parte A, la parte B, o ambos), su divorcio o separación legal, o la

elegibilidad de un hijo que califica como hijo dependiente, la cobertura de

continuación de COBRA dura hasta un total de 36 meses. Cuando el evento que califica es el final del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, la cobertura de continuación de COBRA generalmente dura solo hasta un total de 18 meses. Sin embargo, si el evento que califica es el final del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, y el empleado tiene

derechos a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificativo, la cobertura de continuación de COBRA para los beneficiarios

calificados que no sean el empleado dura hasta 36 meses después de la fecha del derecho de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha de finalizar su empleo, la cobertura de

continuación COBRA para su cónyuge y hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de elegibilidad de Medicare, que es igual a 28 meses después. La fecha del evento de calificación (36 meses menos 8 meses). Hay dos maneras en que se puede extender un período de 18 meses de cobertura de COBRA:

1) Extensión por incapacidad del período de 18 meses de

cobertura de continuación

Si la administración del seguro social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el plan está incapacitado y usted a recibir 11 meses adicionales de continuación de COBRA cobertura por un total máximo de 29 meses. La incapacidad debería haber comenzado en algún

momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de

continuación. El beneficiario calificado debe proporcionar la determinación por escrito de incapacidad de la administración del seguro social a su proveedor de cobra dentro de los 60 días posteriores a la fecha más reciente de la determinación de incapacidad por parte de la administración del seguro social, la fecha del evento que califica o la fecha de finalización del beneficio; y antes de que finalice el período de continuación COBRA de 18 meses. Se le solicitará que pague hasta el 150% de la tarifa grupal durante la extensión de 11 meses.

2) Segunda extensión de evento de calificación de 18 meses de cobertura

Si su familia experimenta otro evento que califica mientras recibe 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, su esposa/esposa y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de

continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica el segundo evento de calificación se le da correctamente a su proveedor de cobra. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación si el empleado o ex empleado fallece, tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la parte A, parte B, o ambos), o se divorcia o se separa legalmente, o si su hijo dependiente deja de ser elegible según el plan, pero solo si en evento hubiera causado que su esposa/esposa o el hijo dependiente perdería la cobertura en el plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

Si tiene algunas preguntas

Relacionadas con su plan deben dirigirse al administrador del plan del empleador patrocinador identificado en la parte superior de la primera página de este

documento. Si tiene preguntas relacionados con sus derechos de cobertura de continuación COBRA deben dirigirse a su proveedor de cobra en la dirección que se indica a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo ERISA, incluyendo COBRA, la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la administración de seguridad de beneficios para empleados del departamento de trabajo de los Estados Unidos (EBSA) en su área o visite el sitio web de EBSA

(www.dol.gov/ebsa). Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio de web de EBSA.

Tenga en cuenta

Algunos estados ofrecen ayuda financiera para ayudar a ciertas personas a pagar la cobertura de COBRA. Póngase en contacto con su agencia estatal

correspondiente con respecto a la disponibilidad y los requisitos de elegibilidad.

Además, bajo ciertas circunstancias, la cobertura de COBRA puede pagarse con dólares antes de impuestos de un plan de cafetería de acuerdo con la sección 125.

Por favor mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informados al

administrador del plan y a su proveedor de cobra sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan o a su proveedor de cobra.

Aviso de Divulgación de Cobertura Acreditable

Medicare Parte D

Aviso Importante de su empleador sobre Su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Su empleador y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. 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 usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1) La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Su empleador ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por Florida Blue en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Encomiable. Debido a que su cobertura actual es Encomiable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual encomiable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Su empleador no puede ser afectada. Usted podrá mantener esta cobertura si elige parte D y plan de Florida Blue coordinará con la cobertura Parte D.

Si cancela su cobertura actual con Su empleador y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Su empleador y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura encomiable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura encomiable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

Usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para personas con ingreso y recursos limitado, ayuda adicional para pagar por una droga de Prescripción de Medicare es disponible. Información sobre este programa es disponible por la Administración de Seguro Social (SSA). Para más información sobre esta ayuda adicional, visite al SSA en línea al www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura encomiable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha 06/01/2021

Nombre de Entidad RCMA

Contacto Lorena Hernandez
HRIS & Benefits Manager

Dirección 402 West St
Immokalee, FL 34142

Telefono 800.282.6540

Descripción Resumida Del Plan

Tenga en cuenta que esta guía está diseñada para proporcionar una visión general de las coberturas disponibles. Su empleador reserva el derecho de modificar o cambiar las ofertas de beneficios en cualquier momento. Esta guía no es una descripción resumida del plan (SPD) ni un contrato o garantía de cobertura de beneficios. El plan oficial y los documentos de seguro rigen sus derechos y beneficios, incluidos los beneficios cubiertos, exclusiones y limitaciones. Si existe alguna discrepancia en esta guía y los documentos oficiales los documentos oficiales prevalecerán. Si desea una copia impresa de los materiales, comuníquese con su empleador o con el centro de atención de empleado (ECC) y se le enviará una.

Resumen de Beneficios y Cobertura

La Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act o ACA) exige que los planes de salud y proveedores de seguros médicos para proporcionar un resumen de los beneficios y cobertura (SBC) a los solicitantes y afiliados. El SBC se proporciona desde carrier. Su propósito es ayudar a los consumidores de planes de salud a entender mejor la cobertura que tienen y para ayudarles a tomar fácilmente una comparación de las diferentes opciones cuando la compra de una nueva cobertura. Esta información está disponible al momento de solicitar la cobertura , por el primer día de cobertura (si hay algún cambio) , cuando sus dependientes están inscritos fuera de su período de inscripción abierta anual , al renovar un plan y bajo petición, sin cargo alguno para usted.



www.rcma.org



Redlands Christian Migrant Association

© 2021 Todo Derechos Reservado