

BENEFICIOS 2025

PRO TEC
BUILDING SERVICES

TABLA DE CONTENIDO

BIENVENIDO A SU GUÍA DE BENEFICIOS 3

¿ES USTED ELEGIBLE PARA BENEFICIOS? 4

CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS 8

MÉDICO, DENTAL Y VISIÓN 9

DIFFERENCECARD 16

LOS MEDICAMENTOS RECETADOS 20

ATENCIÓN PREVENTIVA 21

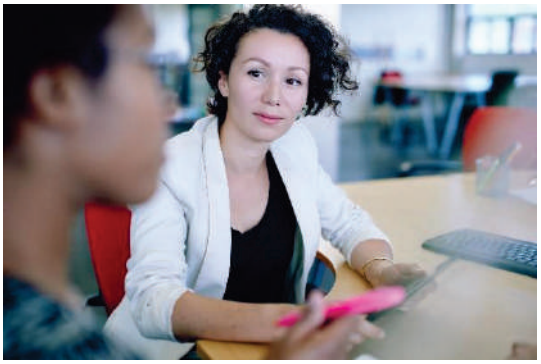
DENTAL 22

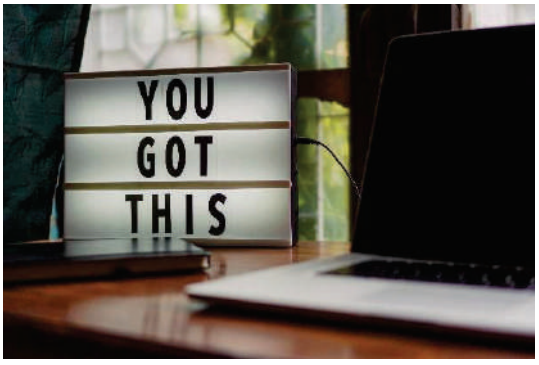
VISIÓN 25

SEGURO DE VIDA 27

BENEFICIOS VOLUNTARIOS 29

CONTRIBUCIONES, CONTACTOS DEL PLAN 30





MEDICARE PARTE D

Si usted (y / o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor, consulte los avisos anuales para más detalles.

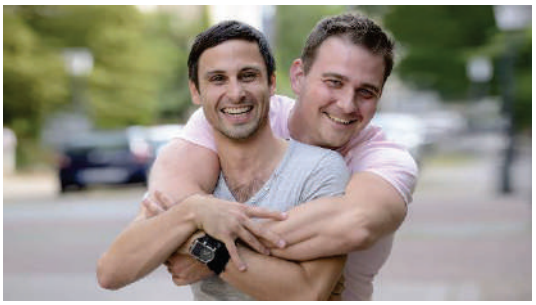
BIENVENIDO A SU GUÍA DE BENEFICIOS

Esta guía se trata de sus beneficios, pero también se trata de *usted* y cómo proteger su salud, su estilo de vida, su futuro y a las personas que son importantes para usted.

Encontrará detalles sobre sus beneficios de atención médica, de vida, por discapacidad y de jubilación y consejos sobre cómo usar sus beneficios.

También descubrirá los programas que ofrece ProTec Building Services para ayudarle a ahorrar tiempo y dinero, y equilibrar su trabajo y su vida en el hogar.





Esta guía es un resumen

Los beneficios de este resumen son vigentes desde

January 1, 2025

hasta

December 31, 2025.

Esta guía es un resumen y no ofrece una descripción completa de todas las provisiones de beneficios. Para revisar información más detallada, por favor diríjase a los folletos de los beneficios de su plan o la descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD). Los folletos de los beneficios de su plan determinan cómo son pagados todos los beneficios.

¿ES USTED ELEGIBLE PARA BENEFICIOS?



¿Es usted elegible para beneficios?

Usted es elegible si es un empleado de regular full-time que trabaja 30 o más horas por semana.

Los empleados con horarios variables y horarios estacionales pueden ser considerados elegibles para recibir beneficios. Consulte "Determinación de la elegibilidad" más adelante en esta guía para obtener más detalles.

Sus dependientes elegibles

- Un conyugue casado legalmente o registered opposite gender domestic partner.
- Hijos naturales, adoptados o hijastros hasta la edad de 26. Domestic partner's child(ren) are eligible.
- Hijos de más de 26 años que tengan alguna discapacidad y que dependen principalmente de usted.
- Niños a los que les haya sido asignada una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés).

Para obtener información adicional, consulte los folletos de beneficios de cada beneficio.

¿Cuándo puede usted inscribirse?

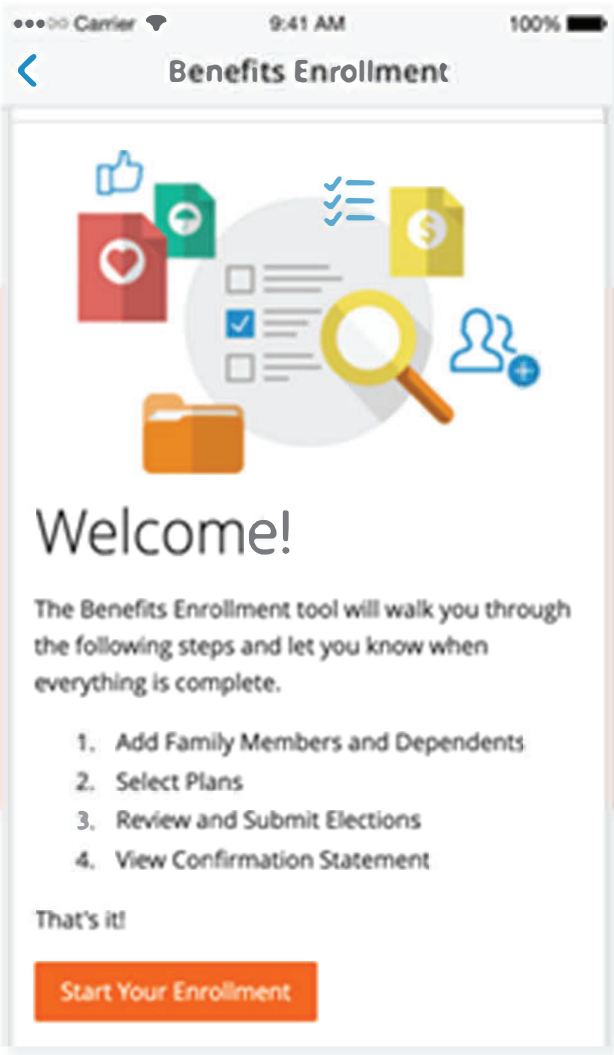
Usted puede inscribirse en los beneficios como un empleado nuevo o durante el período de inscripción anual. La cobertura de nuevas contrataciones comienza el 30 days siempre que se inscriba dentro de los días de ser elegible. Si no cumple con la fecha límite, tendrá que esperar hasta el próximo ciclo de inscripción abierta.

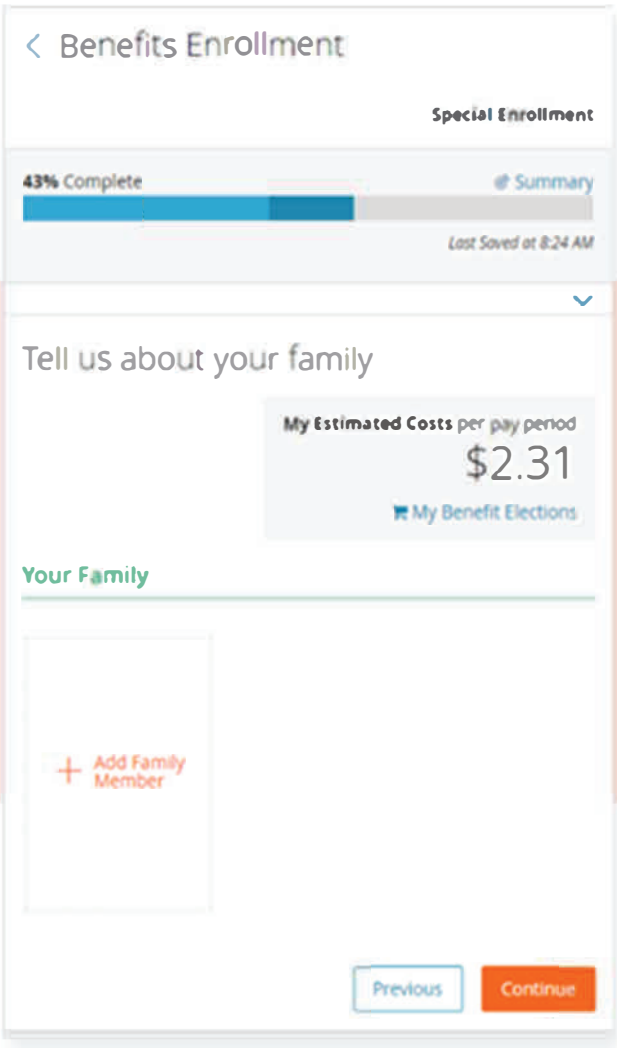
Complete el registro en la Aplicación Móvil

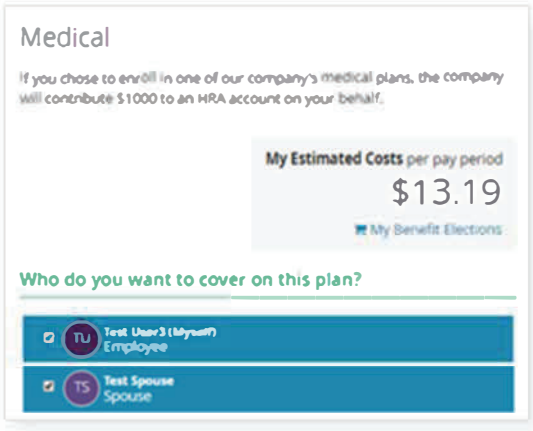


1. Inicie sesión en la aplicación “Paylocity”
2. En el menu principal, seleccione la opción “Beneficios”
3. Seleccione “Iniciar” dentro del banner de inscripción.
4. Seleccione “Inicie su registro”

5. Revise la opción de “información de familia”
   - Seleccione “agregar familiar” para ingresar un nuev dependiente.
   - Seleccione “dependiente existente” para cambiar la información demográfica.
   - Seleccione “continuar”

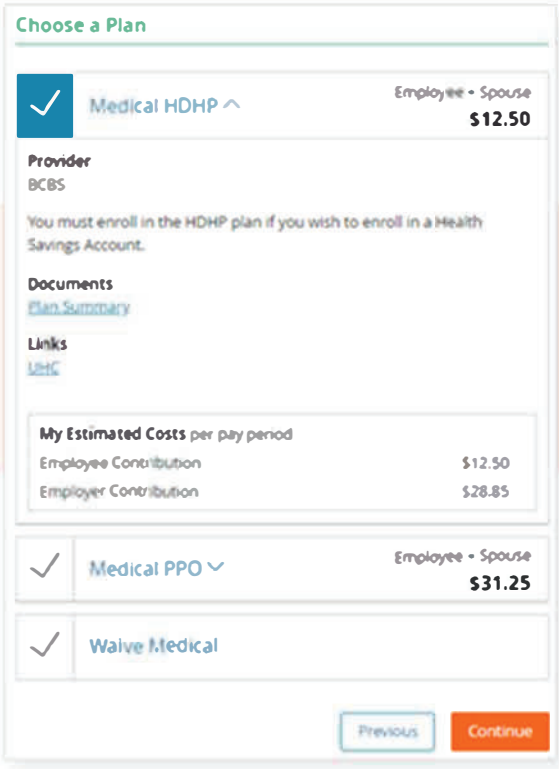


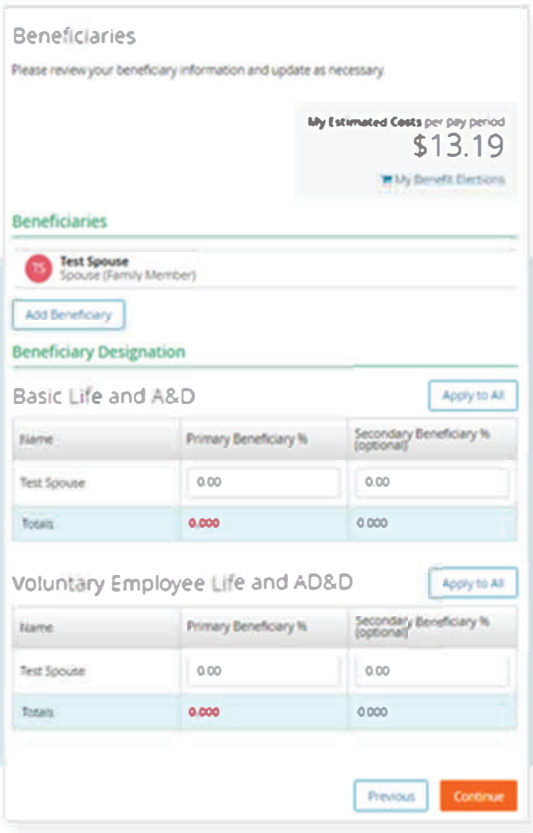




6. En caso de que aplique, responda algunas preguntas.
7. Ingrese a "elegir beneficios".
   - Planes de beneficio:
     1. Seleccione los dependientes por cubrir. El sistema calcula el nivel de cobertura y el costo en funciónde los dependientes seleccionados.

2. Seleccione la marca de verificación junto a la opción Plan o Exención correspondiente.
3. Seleccione "Continuar".





8. En caso que aplique, designe los beneficiarios.
   - odos los dependientes que ya están en Sistema aparecen como posibles beneficiarios.
   - Seleccione "añadir beneficiario" para ingresar beneficiarios adicionales.
   - Ingrese un porcentaje de beneficiario principal para todos los planes enumerados.
   - Seleccione "continuar".
9. Revise todas las selecciones.
10. Seleccione "enviar" para completar el registro.

Important Information:

- La función de inscripción de beneficios móviles actualmente solo está disponible para usuarios de beneficios mejorados.
- Los usuarios pueden usar la aplicación móvil para completar una nueva contratación o inscripción abierta.
- El banner de registro solamente aparecerá cuando los usuarios tengan un evento de registro abierto o disponible.
- Algunas páginas pueden tardar hasta 30 segundos en cargarse.
- Los planes de "Solo información" no están incluídos.
- Los usuarios solo pueden completar cada evento de inscripción una vez en la aplicación móvil.
- Los cambios adicionales se deben realizar a través del escritorio
- Consulte "completar un evento de inscripción en Beneficios mejorados" para obtener más información
- La aplicación móvil solo muestra la cobertura de beneficios actual. Para ver información de inscripción futura, consulte "ver información de inscripción en Beneficios mejorados".
- Actualmente, los usuarios no tienen la opción de ver el PDF del acuerdo de confirmación
- Contacte al Departamento de Recursos Humanos (RH) para obtener asistencia adicional.



Puede iniciar sesión para revisar sus beneficios 24/7

CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS





Fuera de la inscripción abierta, puede agregar o eliminar a sus dependientes si hay un gran cambio en su vida, que incluye:

- Cambios en el estado civil
- Cambios en el número de dependientes o estado de elegibilidad de dependientes.
- Cambio en el estado laboral que afecta la elegibilidad para usted, su cónyuge o hijos dependientes).
- Cambios de residencia que afecta el acceso a los proveedores de la red.
- Cambios en su cobertura de salud o la cobertura de su cónyuge debido al empleo de su cónyuge.
- Cambios en la elegibilidad de un individuo para Medicare o Medicaid.
- Orden judicial que requiere cobertura para su hijo.
- Un evento de “inscripción especial” bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), incluyendo adquirir un nuevo dependiente por medio del matrimonio, nacimiento o adopción, o por la pérdida de cobertura bajo otro plan de seguros de salud.
- Un evento que esté permitido bajo la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Tiene 60 días para solicitar la inscripción después de que usted o su dependiente haya perdido la elegibilidad a Medicaid, o usted o su dependiente sean elegible para participar en un programa de asistencia de bajo recursos de Medicaid o CHIP.

Tiene días a partir del evento para hacer sus cambios.



MÉDICO

NUESTROS PLANES

2025 Health Net Salud y Mas

2025 Health Net Smart Care HMO

2025 Health Net PPO

2025 SIMNSA HMO

¿QUÉ PLAN ES ADECUADO PARA USTED?

Eso depende de sus necesidades de atención médica, sus médicos de preferencia y su presupuesto. Estas son algunas consideraciones.

¿Prefiere médicos u hospitales específicos?

Si desea quedarse con sus médicos y centros de preferencia, verifique si están en la red del plan. Si no es así pero usted se siente cómodo pagando un poco más para consultarlos, considere un plan con beneficios dentro y fuera de la red.

¿Cuáles son sus necesidades habituales de atención médica?

¿Visita al médico o el centro de atención de urgencia con frecuencia? ¿Tiene una afección que requiera un especialista? ¿Toma medicamentos recetados? Compare la forma en la que cada plan cubre los servicios que necesita con mayor frecuencia.

Considere el costo total

¿Cuánto es la deducción mensual de nómina?

Medical – HMO

	SIMNSA HMO Dentro de la Red	Health Net HMO Smart Care	Health Net HMO Salud y Mas
Deducible Anual	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Máximo Gasto de Bolsillo Anual	Individual: $6,350 Familia: $12,700	Individual: Cubierto Familia: Cubierto	Individual: Cubierto Familia: Cubierto
Proveedor de Atención Primaria	$5 copago	Cubierto	Cubierto
Especialista	$5 copago	Cubierto	Cubierto
Atención Quiropráctica (20 visitas maximo)	No cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios Preventivos	Sin cargo	Cubierto	Sin cargo
Laboratorio y Radiografías	Sin cargo	Cubierto	Sin cargo
Atención de Urgencia	$25 copago	Cubierto	Cubierto
Sala de Emergencia (copago eximido si es admitido)	$250 copago	Cubierto	Cubierto
Internación Hospitalaria	Sin cargo	Cubierto	Cubierto
Cirugía Ambulatoria	Sin cargo	Cubierto	Cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS			
Deducible Anual	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Máximo Gasto de Bolsillo Anual	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Genérico	Farmacia: $5 copago Pedido por Correo: No cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto
Marca Preferida	Farmacia: $5 copago Pedido por Correo: No cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto
Marca No Preferida	Pharmacy: $5 copago Pedido por Correo: No cubierto	Pharmacy: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto
Límite de Suministro	Farmacia: 30 días Pedido por Correo: No cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto

Siempre paga el deducible y el copago ($). El coseguro (%) muestra lo que usted paga / el plan paga después del deducible.

2025 Health Net PPO

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Anual (los deducibles no se aplican de forma cruzada)	Individual: Cubierto Familia: Cubierto	Individual: 1st $6,000 de $10,000 Familia: 1st $12,000 de $20,000
Máximo Gasto de Bolsillo Anual (los desembolsos máximos de bolsillo no se aplican de forma cruzada)	Individual: Cubierto Familia: Cubierto	Individual: $12,000 Familia: $24,000
Proveedor de Atención Primaria	Cubierto	Usted paga 40% después del deducible
Especialista	Cubierto	Usted paga 40% después del deducible
Atención Quiropráctica (20 visitas maximo)	Cubierto	Usted paga 40% después del deducible
Servicios Preventivos	Sin cargo	Usted paga 40% después del deducible
Laboratorio y Radiografías	Cubierto	Usted paga 40% después del deducible
Atención de Urgencia	Cubierto	Usted paga 40% después del deducible
Sala de Emergencia (copago eximido si es admitido)	Cubierto	Usted paga 20% después del deducible
Internación Hospitalaria	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible Anual	Ninguno	Ninguno
Máximo Gasto de Bolsillo Anual		No cubierto
Genérico	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: No cubierto Pedido por Correo: No cubierto
Marca Preferida	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: No cubierto Pedido por Correo: No cubierto
Marca No Preferida	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: No cubierto Pedido por Correo: No cubierto
Límite de Suministro	Farmacia: Cubierto Pedido por Correo: Cubierto	Farmacia: No cubierto Pedido por Correo: No cubierto

Siempre paga el deducible y el copago ($). El coseguro (%) muestra lo que usted paga / el plan paga después del deducible.



Buscar Proveedor: Médico, Dental, Visión

Línea de Cobertura	Compañía	Planes	Sitio
Médical	Health Net	HMO – Salud HMO y mas Large Group*	https://www.healthnet.com/portal/providerSearch.action
		HMO – SmartCare Network Large Group**	
		PPO – Large Group***	
	SIMNSA	HMO	https://www.simnsaee.net/Expediente2010/CitasOnline/proveedores/frm_proveedores.aspx
Dental	Health Net DHMO	Dental HMO Commercial	https://dentalsearch.yourdentalplan.com/providersearch
	SIMNSA	Dental	https://www.simnsaee.net/Expediente2010/CitasOnline/proveedores/frm_proveedores.aspx
	Health Net PPO	Dental PPO Commercial	https://dentalsearch.yourdentalplan.com/providersearch
Visión	The Standard	Choice	https://www.vsp.com/eye-doctor

EN BUSCAR PROVEEDOR SITIO
*HMO – Salud HMO y mas (with walk-in clinics) Large Group/Small Group
**HMO – SmartCare Network Large Group
***PPO – Large Group/Small Group



Provider Search: Medical HMO

Health Net - DifferenceCard: Medical Groups

	Medical Group	SmartCare HMO	Salud y Mas HMO
Los Angeles County	Access IPA	X	
	Advantage Health Network	X	
	Adventist Health Care Network	X	X
	All Care Medical Group	X	X
	Allied Pacific Chinatown Service Center	X	X
	Allied Pacific of California IPA	X	X
	Alpha Care Medical Group		X
	AltaMed Medical Group		X
	Angeles IPA	X	X
	Associated Hispanic Physicians of SoCal IPA	X	X
	Bella Vista Medical Group IPA	X	
	Citrus Valley Physicians Group	X	
	Community Family Care		X
	El Dorado Community Services Centers		X
	Emanate Health IPA	X	X
	Exceptional Care	X	X
	Family Care Specialists	X	
	Family Health Alliance		X
	Family Health Care Center of Greater LA		X
	Global Care Medical Group		X
	Greater Cvina Medical Group	X	
	Greater San Gabriel Valley Physicians	X	X
	Heritage Provider Network	X	
	Heritafe Sierra Medical Group	X	
	High Desert Medical Group	X	
	Korean American Medical Group	X	
	Kwang He Won Health Center		X
	Lakeside Medical Group	X	
	Mid Cities IPA	X	
	Omnicare Medical Group	X	
	Optum Care Network	X	X
	PIH Health Physicians	X	
	Prospect Medical Group	X	
	Prudent Medical Group	X	
	Regal Medical Group of Los Angeles County	X	
	Seoul Medical Group, IPA	X	
	Serra Community Medical Group	X	X
	St. VIncent IPA Medical Group	X	
	Torrance Memorial IPA	X	
	Tri-State Community Healthcare Center		X

	Medical Group	SmartCare HMO	Salud y Mas HMO
Orange County	Affiliated Doctors of Orange County	X	
	Allied Physicians of California	X	
	AltaMed Health Services IPA		X
	Angeles IPA	X	X
	Daehan Prospect Medical Group	X	
	Nuestra Familia Medical Group	X	
	Optum Care Network	X	X
	Prospect Medical Group	X	
	Regal Medical Group of Orange County	X	
Riverside County	Alpha Care Medical Group		X
	Desert Oasis Healthcare	X	
	LaSalle Medical Associates	X	X
	Optum Care Network	X	
	Regal Medical Group of Riverside County	X	
	Tri-Valley Medical Group	X	
San Bernardino County	Alliance Desert Physicians	X	
	Chaffet Medical Group	X	
	Dignity Health Medical Network	X	X
	Fenix Health Medical Group	X	
	Heritage Victor Valley Medial Group	X	
	LaSalle Medical Associates	X	X
	My Family Medical Group	X	X
	Optum Care Network	X	
	Providence Affiliated Physicians, St.Mary	X	
	Redlands - Yucaipa Medical Group	X	
	Regal Medical Group of San Bernardino County	X	
	St. Mary High Desert Medical Group	X	
San Diego County	Graybill Medical Group		X
	Greater Tri-Cities IPA		X
	Optum Care Network		X
	Palomar Health Medical Group		X
	PCA OCN North County San Diego		X
	Rady's Children's Health Network	X	X
	SCMG	X	
	Scripps Clinic Medical Group		X
	Sharp Community Medical Group	X	
	Sharp Rees-Stealy Medical Group	X	



Provider Search: Medical PPO

Health Net - DifferenceCard: Hospitals

	Hospital		Hospital
Los Angeles County	Alhambra Hospital	Orange County	AHMC Anaheim Regional Medical Center
	Antelope Valley Hospital		Anaheim Global Medical Center
	Aurora Hospital		Chapman Global Medical Center
	Beverly Hospital		Children's Hospital
	California Hospital		College Hospital
	Casa Colina Hospital		Foothill Regional Medical Center
	Catalina Island Medical Center		Garden Grove Hospital
	Cedars-Sinai Medical Center		HOAG Memorial Hospital
	Centinela Hospital		Huntington Beach Hospital
	Childrens Hospital of Los Angeles		La Palma Intercommunity Hospital
	Glendora Hospital		Memorial Medical Center
	Coast Plaza Hospital		Orange County Global Hospital
	College Hospital		Providence Medical Center
	Community Hospital		Saddleback Memorial Medical Center
	East Los Angeles Doctors Hospital		South Coast Global Medical Center
	Emanate Health		UC Irvine Medical Center
	Encino Hospital Medical Center		West Anaheim Medical Center
	Garfield Medical Center	Riverside County	Regional Medical Center
	Glendale Memorial Hospital		Eisenhower Medical Center
	Greater El Monte Community Hospital		Hemet Valley Medical Center
	Huntington Memorial Hospital		John F. Kennedy Memorial Hospital
	Keck Hospital of USC		Menifee Valley Medical Center
	L.A. Downtown Medical Center		Palo Verde Hospital
	Los Angeles Community Hospital		Parkview Community Hospital
	Marina Del Rey Hospital		Rady's Children's Hospital
	Martin Luther King Jr. Hospital		Riverside Community Hospital
	Memorial Hospital		San Gorgonio Memorial Hospital
	Miller Children's Hospital		Southwest Healthcare Hospital
	Mission Community Hospital		Temecula Valley Hospital
	Monterey Park Hospital	San Bernardino County	Barstow Community Hospital
	Northridge Hospital		Canyon Ridge Hospital
	Pacifica Hospital of the Valley		Chino Valley Medical Center
	PIH Health		Colorado River Medical Center
	Pomona Valley Hospital		Community Hospital
	Presbyterian Hospital		Desert Valley Hospital
	Providence Medical Center		Hi-Desert Memorial
	San Gabriel Valley Medical Center		Loma Linda University Community Hospital
	Sherman Oaks Hospital		Montclair Hospital
	Southern California Hospital		Providence St. Mary Medical Center
	St. Francis Medical Center		Redlands Community Hospital
	St.Mary Medical Center		San Antonio Regional Hospital
	UCI Health		St. Bernardine Medical Center
	UCLA Medical Center		Victor Valley Global Medical Center
	USC Hospital	San Diego County	Alvarado Hospital Medical Center
	West Covina Medical Center		Palomar Medical Center
	Whittier Hospital		Paradise Valley Hospital
			Rady's Children's Hospital
			Scripps Hospital
			Sharp Hospital
			Tri-City Medical Center
			UCSD Medical Center



Provider Search: Medical PPO

Health Net - DifferenceCard: Hospitals Out of State

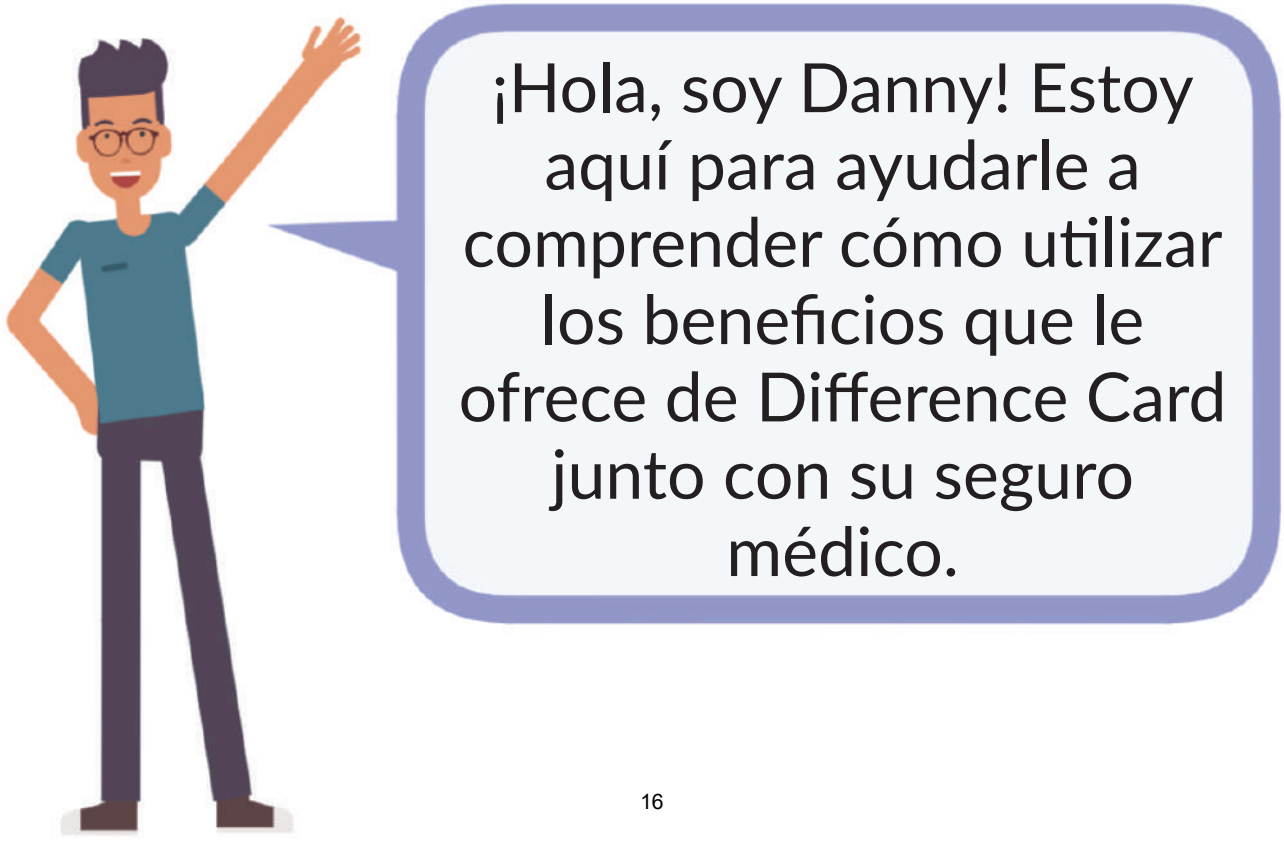
	Hospital
Clark County (25 mile radius from 89177)	Boulder City Hospital
	Centennial Hills Hospital
	Las Vegas VAMC
	Southern Hills Hospital and Medical Center
	Spring Mountain Sahara
	St. Rose Dominican Hospitals
	Summerlin Hospital Medical Center
	Sunrise Hospital and Medical Center
	University Medical Center
	Valley Hospital Medical Center

	Hospital
Harris County (25 mile radius from 77217)	CHI St. Lukes Health Baylor College of Medicine Medical Center
	Clear Lake Regional Medical Center
	Cornerstone Hospital
	Cy-Fair Medical Center Hospital
	HCA Houston Healthcare Southeast
	Houston Methodist Hospital
	Houston Northwest Medical Center
	Houston VAMC
	Kingwood Medical Center
	MD Anderson Cancer Center
	Memorial Hermann Hospital
	Park Plaza Hospital
	Pearland Medical Center
	St Joseph Medical Center
	St. Luke's Patients Medical Center
	West Houston Medical Center

The Difference Card

¡LE DAMOS LA BIENVENIDA A LOS BENEFICIOS PROVISTOS POR DIFFERENCE CARD!

Difference Card es un beneficio financiado por su empleador que le ayuda a ahorrar dinero en los costos que usted abona al recibir servicios médicos.



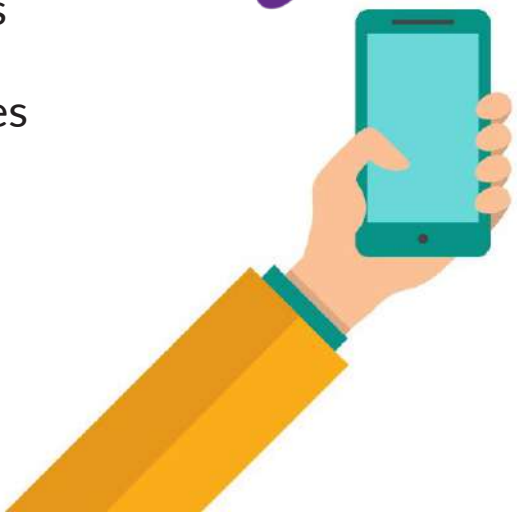
PRIMEROS PASOS

APLICACIÓN MÓVIL

Escanee este código para descargar la aplicación móvil con la cámara de su teléfono inteligente.

Con la aplicación Difference Card Smart Mobile, puede hacer lo siguiente:

- Tomar una foto para presentar fácilmente una reclamación
- Encontrar el lugar más económico para comprar sus medicamentos recetados
- Comparar costos y buscar proveedores
- Ver el saldo de su cuenta
- Conocer el estado de sus reclamaciones
- Registrarse para la función Depósito Directo



OBTENGA MÁS INFORMACIÓN

Visite nuestro sitio web en DifferenceCard.com.

¿Preguntas? Nuestro equipo de Atención al Cliente está disponible de lunes a viernes de 5 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pasifico (PST).

Llámenos al (888) 343-2110



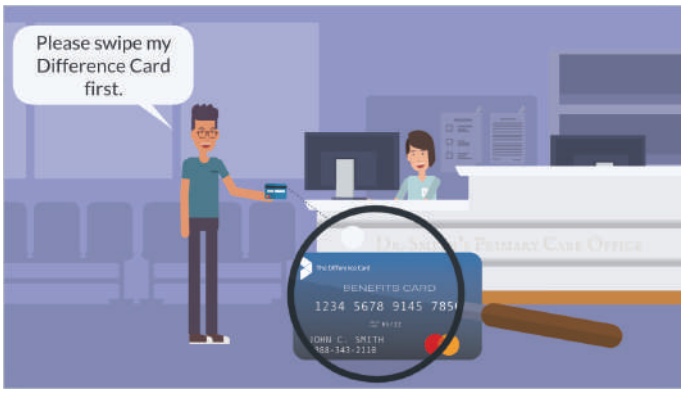
CÓMO PASAR SU DIFFERENCE CARD



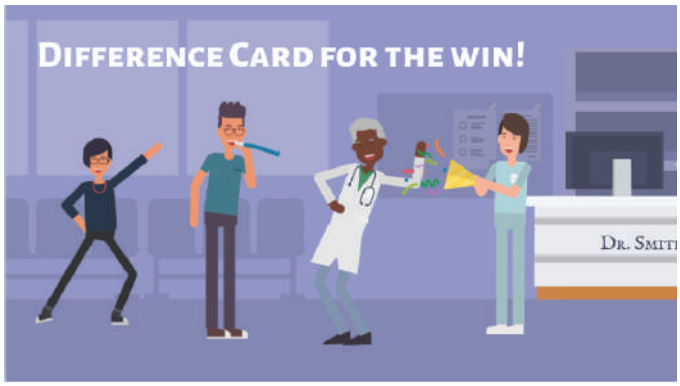
1. Al visitar a su médico o a una farmacia, Danny les da primero su tarjeta de seguro.



2. El proveedor de la farmacia le dice a Danny el monto adeudado por sus costos. El proveedor médico de Danny debe facturarle por los servicios recibidos.



3. Para los medicamentos recetados, Danny puede deslizar su tarjeta Difference Card por el costo total.
Para los servicios médicos, una vez cobrados, Danny puede usar su Tarjeta Difference para el pago.



4. El monto solicitado ahora se satisface con la tarjeta The Difference. ¡Es así de fácil!

Si Danny recibe una solicitud de justificación, solo querrá enviar la **explicación de los beneficios** de su proveedor en The Difference Card y vincular la transacción que necesita atención.

FORMAS DE PRESENTAR SU RECLAMACIÓN

APLICACIÓN MÓVIL

Descargue la aplicación Difference Card Smart Mobile para presentar su reclamación con una imagen.

EN LÍNEA

Inicie sesión en su cuenta en DifferenceCard.com para presentar su reclamación en línea.

CORREO POSTAL

PO Box 322
Mount Kisco, NY
10549
Complete un Formulario de reembolso

FAX

(602) 333-4252
Complete un Formulario de reembolso



DEPÓSITO DIRECTO

La forma más rápida de obtener su dinero.

El dinero se le devolverá a través de depósito directo si selecciona esta opción como Preferencia para el reembolso.

HERRAMIENTAS PORTÁTILES

Escanee este código con su cámara para acceder a recursos útiles al alcance de su mano.

SCAN ME

¿LOS MEDICAMENTOS RECETADOS ESTÁN ARRUINANDO SU PRESUPUESTO?



LOS NIVELES DEL MEDICAMENTO DEL FORMULARIO DETERMINAN SU COSTO

$	Medicamento genérico
$$	Medicamento de marca
$$$	Medicamento especializado

Comprender el formulario puede ayudarle a ahorrar dinero

Si su médico receta medicamentos, especialmente para una afección permanente, no olvide consultar el formulario de medicamentos del plan de salud. Es una herramienta poderosa que puede ayudarle a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de medicamentos e identificar la selección de costos más baja.

¿Qué es un formulario?

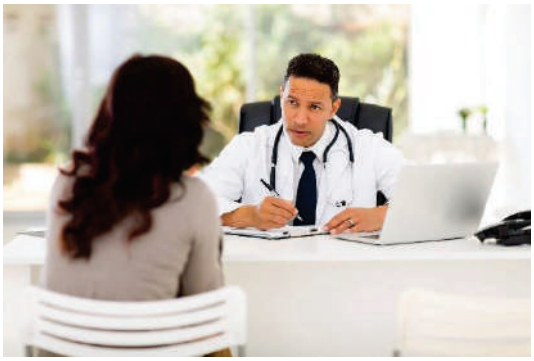
Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico. La mayoría de los formularios de medicamentos recetados separan los medicamentos que cubren en cuatro o cinco categorías de medicamentos, o “niveles”. Estas agrupaciones varían de menos costosos a más costosos para usted. Los medicamentos “preferidos” generalmente le cuestan menos que los medicamentos “no preferidos”.

Aproveche al máximo su cobertura

Para aprovechar al máximo su cobertura de medicamentos recetados, tenga en cuenta dónde se ubican sus recetas dentro de los niveles del formulario de medicamentos del plan y pídale asesoramiento a su médico. Por lo general, los medicamentos genéricos son la opción de costo más bajo. La FDA exige que los medicamentos genéricos cumplan la misma función que los medicamentos de marca equivalentes.

Para averiguar si un medicamento está en el formulario de su plan, visite el sitio web del plan o llame al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación.

ATENCIÓN PREVENTIVA



CONTROLES PREVENTIVOS HABITUALES PARA ADULTOS

- Presión sanguínea
- Colesterol
- Diabetes
- Examen de detección de cáncer colorrectal
- Depresión
- Mamografías
- Exámenes de obstetricia / ginecología
- Examen de detección de cáncer de próstata
- Examen testicular

Usted lleva su automóvil a un control de mantenimiento. ¿Por qué no hace lo mismo por usted?

Los controles preventivos anuales pueden ayudarles a usted y a su médico a identificar su nivel inicial de salud y detectar problemas antes de que sean graves.

¿Qué son los cuidados preventivos?

La Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) exige que las compañías de seguros de salud cubran un conjunto de servicios preventivos sin costo alguno para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible anual.

Los servicios de atención preventiva que usted necesitará para mantenerse sano varían según la edad, el sexo y los antecedentes médicos. Visite **cdc.gov/prevention** para conocer las pautas recomendadas.

La atención preventiva está totalmente cubierta solo cuando se obtiene de un proveedor DENTRO DE LA RED.

No todos los exámenes y análisis se consideran preventivos.

Los exámenes realizados por especialistas generalmente no se consideran preventivos y pueden no estar cubiertos al 100 %.

Además, ciertos exámenes de detección pueden ser considerados como diagnósticos, no preventivos, en función de su afección médica actual. Usted puede ser responsable de pagar la totalidad o una parte del costo de esos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio se cubrirá como cuidado preventivo, comuníquese con su plan médico.



DENTAL

NUESTROS PLANES

2025 Health Net Dental HMO

2025 SIMNSA Dental HMO

2025 Health Net Dental PPO

¿Por qué inscribirse para la cobertura dental?

Es importante ir al dentista regularmente. Cepillarse los dientes y pasarse hilo dental es un hábito excelente, pero los exámenes regulares detectan los problemas dentales antes de que se vuelvan más costosos y difíciles de tratar.

Allí es donde entra el seguro dental. El seguro dental hace que sea más fácil y menos costoso obtener la atención que necesita para mantener una buena salud bucal.

El seguro dental cubre tres tipos de tratamientos:

- **Atención preventiva**: incluye exámenes, limpiezas y radiografías.
- **Atención básica**: se centra en la reparación y restauración con servicios tales como empastes, tratamientos de conducto y tratamiento de enfermedades de las encías.
- **Atención de importancia:** va más allá de lo básico e incluye puentes, coronas y dentaduras postizas.

Además, el plan proporciona beneficios de ortodoncia.

Dental – HMO

	Health Net HMO Dentro de la red	SIMNSA Dental HMO Dentro de la red
Deducible anual	Individual: Ninguno Familia: Ninguno	Individual: Ninguno Familia: Ninguno
Máximo de plan anual	Individual: Ninguno Familia: Ninguno	Individual: Ninguno Familia: Ninguno
Cuidados diagnósticos y preventivos	Sin cargo (no deducible)	Sin cargo (no deducible)
Servicios básicos		
Empastes (2750)	$0 - $100 copago	$5 - $37 copago
Endodoncias (3310-3330)	$55 - $160 copago	$30 - $50 copago
Periodoncia	$20 - $265 copago	$7 - $36 copago
Ortodoncia		
Ortodoncia (8670)	Adolescente: $1,450 copago Adulto: $1,450 copago	Adolescente: $50 copago por vista Adulto: $50 copago por vista
Niño(s)	Cubierto	Cubierto
Adultos y Niño(s) adultos	Cubierto	Cubierto
Máximo de por vida de ortodoncia	N/A	N/A

Siempre paga el deducible y el copago ($). El coseguro (%) muestra lo que que usted paga / el plan paga después del deducible.

Dental – PPO

	Health Net Dental PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red*
Deducible anual	Individual: $50 Familia: $150	Individual: $100 Familia: $300
Máximo de plan anual (combinados dentro y fuera de la red)	$1,000 por individuo	$1,000 por individuo
Diagnóstico y Preventivo	Sin cargo	Usted paga 80%
Servicios básicos		
Empastes	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 80% después del deducible
Conducto Radicular	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 80% después del deducible
Periodoncia	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 80% después del deducible
Servicios principales	Usted paga 40% después del deducible	Usted paga 50% después del deducible
Servicios Ortodoncia		
Ortodoncia	Usted paga 50%	Usted paga 50%
Niño(s)	Cubierto	Cubierto
Adultos y Niño(s) adultos	Cubierto	Cubierto
Máximo de por vida de ortodoncia	$1,000 (combinados dentro y fuera de la red)	$1,000 (combinados dentro y fuera de la red)

Siempre paga el deducible y el copago ($). El coseguro (%) muestra lo que que usted paga / el plan paga después del deducible.



VISIÓN

NUESTROS PLANES

2025 The Standard Visión PPO

¿Por qué inscribirse para la cobertura de visión?

La cobertura de visión ayuda con el costo de los anteojos o lentes de contacto. Pero incluso si no necesita corrección de la visión, un examen ocular anual controla la salud de los ojos e incluso puede detectar problemas de salud más graves, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y enfermedad tiroidea.

Visión

	The Standard Visión PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Frecuencia		
Examen	Cada 12 meses	
Marcos	Cada 24 meses	
Lentes de anteojos	Cada 12 meses	
Contactos (electivo)	Cada 12 meses	
Beneficios		
Examen	$10 copago	Reembolsados hasta $10
Materiales	$25 copago	Reembolsados hasta $25
Lentes Mono Focales	Sin cargo	Reembolsados hasta to $30
Lentes Bifocales	Sin cargo	Reembolsados hasta $50
Lentes Trifocales	Sin cargo	Reembolsados hasta $65
Armazones	Asignación de $150	Reembolsados hasta $75
Contactos (electivo)	Asignación de $150	Descubierto

Su chequeo de la vista está completamente cubierto después de su copago del examen. Después de cualquier copago de materiales, el plan cubre armazones, lentes y lentes de contacto como se describe a continuación.



SEGURO DE VIDA Y POR DISCAPACIDAD

SU BENEFICIARIO = QUIÉN RECIBE LOS PAGOS

Si sucede lo peor, su beneficiario, es decir, la persona (o personas) registrada en los archivos de la compañía de seguros de vida, recibirá el beneficio. Asegúrese de nombrar al menos un beneficiario para su beneficio de seguro de vida y cambie su beneficiario según sea necesario si su situación cambia.

¿Su familia está protegida?

Los seguros de vida y AD&D pueden cubrir una serie de brechas financieras debido a una reducción temporal o permanente de los ingresos. Considere lo que su familia necesitaría para cubrir los gastos de vida cotidianos y las facturas médicas durante el embarazo o la licencia por discapacidad relacionada con una enfermedad, o cómo manejaría los grandes gastos (alquiler o hipoteca, educación de los hijos, deudas, etc.) después de la muerte. de un cónyuge.

Ofrecemos un monto base de seguro de vida y AD&D para ayudarlo a recuperarse de una pérdida financiera.

Si necesita cobertura adicional

Ofrecemos cobertura voluntaria que puede comprar para usted, su cónyuge y sus hijos. Consulte la sección Beneficios voluntarios para obtener más detalles.

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D PROPORCIONADO POR PROTEC BUILDING SERVICES



¿EN QUÉ CONSISTE LA EMISIÓN GARANTIZADA?

Si selecciona cobertura por encima de un determinado límite (la “emisión garantizada”) o después de su elegibilidad inicial, deberá proporcionar información adicional sobre su estado de salud para calificar para la cantidad de cobertura solicitada.

Monto básico del seguro de vida y por AD&D

El seguro de vida básico le paga a su beneficiario una suma global si usted fallece. La cobertura por AD&D (muerte y desmembramiento accidentales) le brinda un beneficio si sufre pérdida de una extremidad, el habla, la vista o la audición, o a su beneficiario si sufre un accidente fatal. La compañía paga el costo de la cobertura en su totalidad.

2025 The Standard Seguro de Vida y AD&D

Seguro de Vida:
La cantidad de emisión garantizada es $25,000

AD&D:
La cantidad de emisión garantizada es $25,000

Los montos de beneficios anteriores se reducirán si tiene 65 años o más. Consulte el documento del plan para obtener más detalles.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

ProTec Building Services ofrece estos beneficios voluntarios (usted paga la prima) para ayudarlo a obtener y comprar la protección y los servicios que pueda necesitar para su familia, a tarifas que pueden ser más atractivas que la cobertura individual. Y obtiene la conveniencia adicional de pagar mediante deducción de nómina.

El Seguro Contra Accidentes

El seguro contra accidentes de Mutual of Omaha lo ayuda a pagar los costos inesperados que pueden acumularse debido a lesiones comunes como fracturas, dislocaciones, quemaduras, visitas a la sala de emergencias o atención de urgencia y fisioterapia. Si usted o un miembro de la familia cubierto tiene un accidente, este plan paga una suma global libre de impuestos. La cantidad de dinero depende del tipo y la gravedad de su lesión y se puede utilizar de la forma que elija.

Si está interesado en este plan, encontrará el costo a través de Paylocity

Seguro de enfermedad crítica

El seguro de enfermedad grave de Mutual of Omaha puede ayudar a llenar un vacío financiero si sufre una enfermedad grave como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Tras el diagnóstico de una enfermedad cubierta, se le paga inmediatamente un beneficio de suma global libre de impuestos. Los beneficios se pueden utilizar para ayudar a cubrir los costos médicos, el transporte, el cuidado de los niños, la pérdida de ingresos o los costos asociados con la adaptación a la vida después de una enfermedad grave. Usted elige un monto de beneficio que se ajuste a su sueldo. Puede cubrirse a sí mismo y a los miembros de su familia si es necesario.

Si está interesado en este plan, encontrará el costo a través de Paylocity

Seguro de Robo de Identidad

El robo de identidad es grave. Las víctimas pueden gastar cientos, incluso miles de dólares, y semanas de su propio tiempo para reparar el daño causado a sus buenos nombres y antecedentes crediticios. Cuanto más tiempo pase sin ser detectado el fraude de identidad, más costoso y difícil será resolverlo. Para obtener una prima mensual asequible, el seguro contra robo de identidad de LifeLock ayuda a proteger su información personal a través del monitoreo proactivo, la restauración de la identidad y la resolución.

Si está interesado en este plan, encontrará el costo a través de Paylocity

SUS COSTOS DE BENEFICIOS MENSUALES

El monto total que paga por su cobertura de beneficios depende de los planes que elija, cuántos dependientes cubra y, para la cobertura de salud, cuánto gana. Sus costos de atención médica se deducen de su salario antes de impuestos, antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y de seguridad social, por lo que paga menos en impuestos.

Medical	Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo(s)	Empleado + Familia
Health Net Salud Non SD	$84.06	$318.81	$242.61	$469.61
Health Net Salud SD	$104.43	$405.75	$298.56	$587.45
Health Net Smart Care HMO	$103.66	$402.50	$296.55	$583.05
Health Net PPO - CA	$146.57	$561.41	$416.25	$842.58
Health Net PPO - Non CA	$122.87	$461.21	$342.82	$690.52

Medical	Empleado	Empleado + Uno		Empleado + Familia
SIMNSA HMO	$36.41	$117.44		$212.28

Dental	Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo(s)	Empleado + Familia
Health Net Dental HMO	$1.93	$5.54	$5.99	$10.05
Health Net Dental PPO	$5.64	$19.32	$21.59	$36.71

Dental	Empleado	Empleado + Uno		Empleado + Familia
SIMNSA Dental HMO	$2.69	$7.71		$16.00

Vision	Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo(s)	Empleado + Familia
VSP Visión PPO	$3.46	$5.88	$6.22	$9.30

Beneficios voluntarios

El costo de los siguientes planes se ubicará en Paylocity::

- The Standard Seguro de Vida Voluntario
- Mutual of Omaha Seguro Por Enfermedades Graves
- Mutual of Omaha Contra Accidentes
- LifeLock Proteccion Contra Robo de Identidad



Plan contacts

Plan type	Provider	Phone	Website	Policy#
Medical	Health Net	(888) 926-4988	www.healthnet.com	175296
Medical	SIMNSA	(800) 556-1555	www.simnsa.com	234
Dental	Health Net	(866) 249-2382	www.healthnet.com	ZI709A
Vision	The Standard	(800) 547-9515	www.standard.com	164836
Life and AD&D	The Standard	(800) 547-9515	www.standard.com	164837
Voluntary Life	The Standard	(800) 547-9515	www.standard.com	164837
Accident	Mutual of Omaha	(800) 228-7104	www.mutualofomaha.com	G000C8WW
Critical Illness	Mutual of Omaha	(800) 228-7104	www.mutualofomaha.com	G000C8WW
Identity Theft	Lifelock	(904) 354-8329	www.lifelock.com	
Member Support	DifferenceCard	(888) 343-2110	www.differencecard.com	
General Support	New City	(888) 786-5839	admin@newcityinsurance.com	



INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

En esta sección, encontrará información importante del plan, que incluye lo siguiente:

- Sus contribuciones de beneficios médicos, dentales y de la visión para 2025
- Información de contacto de nuestros proveedores y proveedores de beneficios
- Un resumen de los avisos del plan de salud que tiene derecho a recibir anualmente y a dónde encontrarlos.
- Un Glosario de beneficios para ayudarle a entender los términos importantes del seguro.

GLOSARIO

-A-

AD&D Insurance
Muerte Accidental y Desmembramiento
Un plan de seguro que le paga un beneficio a usted o a su beneficiario si sufre la pérdida de una extremidad, habla, vista o audición, o si tiene un accidente fatal.

Allowed Amount
Cantidad permitida
El monto máximo que su plan pagará por un servicio de atención médica cubierto.

Ambulatory Surgery Center (ASC)
Centro de Cirugía Ambulatoria
Un centro de atención médica que se especializa en procedimientos quirúrgicos en el mismo día, como cataratas, colonoscopias, endoscopia GI superior, cirugía ortopédica y más.

Annual Limit
Límite anual
Un límite en los beneficios que su plan pagará en un año. Se pueden imponer límites a servicios particulares, como prescripciones u hospitalizaciones. Se pueden establecer límites anuales en el monto en dólares de los servicios cubiertos o en el número de visitas que se cubrirán para un servicio en particular. Una vez que se alcanza el límite anual, debe pagar todos los costos de atención médica asociados por el resto del año del plan.

-B-

Balance Billing
Saldo de facturación
Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle más que el costo permitido del plan, pero los proveedores fuera de la red sí pueden hacerlo. Esto se llama facturación de saldo. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de $ 100 pero el cargo permitido del plan es de solo $ 70, un proveedor fuera de la red puede facturarle a USTED por la diferencia de $ 30.

Beneficiary
Beneficiario
La persona (o personas) que usted designe para que se le pague un beneficio debe morir. Los beneficiarios se solicitan para los planes de vida, AD&D y jubilación. Debe nombrar a su beneficiario por adelantado.

Brand Name Drug
Medicamento de marca
Una droga vendida bajo su nombre de marca registrada. Por ejemplo, Lipitor es el nombre de marca de un medicamento común para el colesterol.

-C-

COBRA
Una ley federal que puede permitirle continuar temporalmente la cobertura de atención médica después de que finalice su empleo, en función de ciertos eventos calificados. Si elige la cobertura de COBRA (Ley de reconciliación de presupuesto ómnibus consolidado), paga el 100% de las primas, incluida cualquier parte que su empleador solía pagar, más una pequeña tarifa administrativa.

Claim
Reclamación
"Una solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica presenten a su plan de salud después de recibir los servicios que pueden estar cubiertos.

Coinsurance
Coseguro
Su parte del costo de una visita o servicio de atención médica. El coseguro se expresa como un porcentaje y siempre se suma al 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70%, su responsabilidad de coseguro es el 30% del costo. Si su plan tiene un deducible, usted paga el 100% del costo hasta que alcance el monto de su deducible.

Copayment
Copago
Una tarifa fija que paga por algunos servicios de atención médica, por ejemplo, una visita al consultorio de un médico. Usted paga el copago (a veces llamado copago) en el momento en que recibe la atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para el deducible.

-D-

Deductible
Deducible
La cantidad de gastos de atención médica que debe pagar con su propio dinero antes de que su plan de salud pague. El deducible no se aplica a la atención preventiva.

Dental Basic Services
Servicios básicos dentales
Servicios tales como empastes, extracciones de rutina y algunos procedimientos de cirugía oral.

Dental Diagnostic & Preventive
Diagnóstico dental y Preventivo
Generalmente incluye limpiezas de rutina, exámenes orales, radiografías y tratamientos con flúor. La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Dental Major Services
Servicios Dentales Mayores
Trabajos dentales complejos o restauradores, como coronas, puentes, prótesis dentales, inlays y onlays.

Dependent Care Flexible Spending Account (FSA)
Cuenta de gastos flexible para el cuidado de dependientes
Un acuerdo a través de su empleador que le permite pagar los gastos elegibles de cuidado de niños y ancianos con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen cuidado diurno, programas antes y después de la escuela, preescolar y campamento de verano para niños menores de 13 años. También se incluye el cuidado de un cónyuge u otro dependiente que vive con usted y es físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo.

-E-

Eligible Expense
Gastos elegibles
Un servicio o producto que está cubierto por su plan. Su plan no cubrirá ninguno de los costos si el gasto no es elegible.

Excluded Service
Servicio Excluido
Un servicio que su plan de salud no paga ni cubre.

-F-

Formulary
Formulario
Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico o plan de medicamentos recetados. También se llama lista de medicamentos.

-G-

Generic Drug
Medicamentos genéricos
Un medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca, pero se vende con un nombre diferente. Por ejemplo, *Atorvastatin* es el nombre genérico de los medicamentos con la misma fórmula que *Lipitor*.

Grandfathered
Abuelo
Un plan médico que está exento de ciertas disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

GLOSARIO

-H-

Health Reimbursement Account (HRA)
Cuenta de reembolso de salud (HRA)
Una cuenta financiada por un empleador que reembolsa a los empleados, libres de impuestos, gastos médicos calificados hasta una cantidad máxima por año. A veces se llama acuerdos de reembolso de salud.

Healthcare Flexible Spending Account (FSA)
Cuenta de Gastos Flexibles de Salud
Una cuenta de salud a través de su empleador que le permite pagar muchos gastos médicos de su bolsillo con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen los copagos y deducibles del seguro, medicamentos con receta calificados, insulina y dispositivos médicos, y algunos artículos de venta libre.

High Deductible Health Plan (HDHP)
Plan de salud de alto deducible
Un plan médico con un deducible más alto que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser más baja, pero usted paga más costos de atención médica (el deducible) antes de que la compañía de seguros comience a pagar su parte. Un plan de deducible alto (HDHP) puede hacerlo elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA) que le permite pagar ciertos gastos médicos con dinero libre de impuestos federales.

-I-

In-Network
En red
Los proveedores y servicios de la red tienen un contrato con su plan de atención médica y, por lo general, será la opción de menor costo. Los servicios fuera de la red costarán más o pueden no estar cubiertos. Consulte el sitio web de su plan para encontrar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias que pertenezcan a la red.

-L-

Life Insurance
Seguro de vida
Un plan de seguro que le paga a su beneficiario una suma global si usted muere.

Long Term Disability Insurance
Seguro de discapacidad a largo plazo
Reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad debilitante, una lesión grave o un trastorno mental. La discapacidad a largo plazo generalmente comienza después de un período de espera de 90 días.

-M-

Mail Order
Pedido por correo
Una característica de un plan médico o de medicamentos recetados donde los medicamentos que toma habitualmente se pueden enviar por correo en un suministro de 90 días.

-O-

Open Enrollment
Inscripción abierta
La época del año en que puede cambiar los planes de beneficios en los que está inscrito y los dependientes que cubre. La inscripción abierta se lleva a cabo una vez cada año. Fuera de la inscripción abierta, solo puede hacer cambios si tiene ciertos eventos en su vida, como casarse o agregar un nuevo bebé o niño en la familia.

Out-of-Network
Fuera de la red
Los proveedores fuera de la red (médicos, hospitales, laboratorios, etc.) le cuestan más porque no tienen contrato con su plan y no están obligados a limitar sus tarifas máximas. Algunos planes, como los HMO y los EPO, no cubren en absoluto los servicios fuera de la red.

Out-of-Pocket Cost
Costo de desembolso
Un gasto de atención médica que es responsable de pagar con su propio dinero, ya sea de su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o de una cuenta de salud como una HSA, FSA o HRA.

Out-of-Pocket Maximum
Desembolso máximo
Te protege de grandes facturas médicas. Una vez que los costos "de su propio bolsillo" alcancen este monto, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles restantes por el resto del año del plan.

Atención ambulatoria
Atención en un hospital que no requiere que se quede toda la noche.

-P-

Participating Pharmacy
Farmacia participante
Una farmacia que contrate con su plan médico o de medicamentos y que generalmente resulte en el costo más bajo para medicamentos recetados.

Plan Year
Año del plan
Un período de 12 meses de cobertura de beneficios. El período de 12 meses puede o no ser el mismo que el año calendario.

Preferred Drug
Medicamento preferido
Cada plan de salud tiene una lista de medicamentos preferidos que incluye medicamentos recetados según una evaluación de efectividad y costo. Otro nombre para esta lista es un "formulario". El plan puede cobrar más por medicamentos no preferidos o por medicamentos de marca que tienen versiones genéricas. Es posible que los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos no estén cubiertos.

Preventive Care Services
Servicios de Atención Preventiva
Visitas de rutina al cuidado de la salud que pueden incluir exámenes de detección, exámenes, revisiones, inmunizaciones y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, enfermedades u otros problemas de salud. Muchos servicios de atención preventiva están totalmente cubiertos. Consulte con su plan de salud con anticipación si tiene preguntas sobre si un servicio preventivo está cubierto.

Primary Care Provider (PCP)
Proveedor de atención primaria
El médico principal que consulte por cuestiones de salud. Algunos planes médicos requieren que los miembros nombren a un médico específico como su PCP, y requieren que la atención y las derivaciones sean dirigidas o aprobadas por ese proveedor.

-S-

Short Term Disability Insurance
Seguro de discapacidad a corto plazo
Insurance that replaces a portion of your
Reemplaza una parte de sus ingresos si temporalmente no puede trabajar debido a la cirugía y el tiempo de recuperación, una enfermedad o lesión prolongada, o problemas de embarazo y recuperación del parto.

GLOSARIO

-T-

Telehealth / Telemedicine / Teledoc
Telesalud / Telemedicina / Teledoc
Una visita virtual a un médico mediante el chat de video en una computadora, tableta o teléfono inteligente. Las visitas de telesalud pueden usarse para muchas enfermedades y lesiones comunes, no graves, y están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Muchos planes de salud y grupos médicos brindan servicios de telesalud sin costo o por mucho menos que una visita al consultorio.

-U-

UCR (Usual, Customary, and Reasonable)
UCR (Usual, Consuetudinario y Razonable)
La cantidad pagada por un servicio médico en un área geográfica en función de lo que los proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad de UCR a veces se usa para determinar la cantidad permitida.

Urgent Care
Atención de urgencias
Cuidar una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que se necesite atención inmediata, pero no tan grave que requiere atención en la sala de emergencias. El tratamiento en un centro de atención de urgencias generalmente cuesta mucho menos que una visita a la sala de emergencia.

-V-

Vaccinations
Vacunaciones
Tratamiento para prevenir enfermedades comunes como la gripe, neumonía, sarampión, polio, meningitis, culebrilla y otras enfermedades. También se llama inmunizaciones.

Voluntary Benefit
Beneficio voluntario
Un plan de beneficios opcional ofrecido por su empleador por el cual usted paga la prima completa.

AVISOS REQUERIDOS DEL PLAN

AVISOS DEL PLAN DE SALUD

Estos avisos deben proporcionarse a los participantes del plan anualmente y están disponibles en el documento de Avisos anuales, ubicado en al final de este documento:

- **Aviso de la Parte D de Medicare:** describe opciones para acceder a cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare
- **Ley de derechos para la salud y el cáncer de la mujer:** describe los beneficios disponibles para las personas que se someterán o se sometieron a una mastectomía
- **Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres:** describe los derechos de la madre y del recién nacido de permanecer en el hospital de 48 a 96 horas después del parto
- **Aviso de derechos de inscripción especiales de la Ley de responsabilidad y transferencia de los seguros médicos (HIPAA):** describe cuándo puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud fuera del período de la inscripción abierta
- **Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA:** describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted.
- **Asistencia para primas con Medicaid y el programa de seguro médico de niños (Children's Health Insurance Program, CHIP):** describe la disponibilidad de asistencia para primas para dependientes elegibles para Medicaid

CONTINUIDAD DE LA COBERTURA SEGÚN LA LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT, COBRA)

Usted o sus dependientes pueden tener derecho a continuar con la cobertura después de perder la elegibilidad conforme a los términos de nuestro plan de salud. Al momento de la inscripción, usted y sus dependientes reciben un Aviso inicial de COBRA en el que se describen las circunstancias en virtud de las que se encuentra disponible la cobertura continua y sus obligaciones de notificar al plan cuando usted o sus dependientes experimentan un evento que califica. Revise detenidamente este aviso para asegurarse de comprender sus derechos y obligaciones.

DOCUMENTOS DEL PLAN

Los documentos importantes para nuestro plan de salud y plan de jubilación están disponibles en Paylocity. Las copias impresas de estos documentos y avisos están disponibles si se solicitan. Si desea una copia impresa, comuníquese con el Administrador del Plan.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN (SPD)

Es el documento legal para describir los beneficios proporcionados en virtud del plan, así como los derechos y obligaciones del plan con los participantes y beneficiarios.

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Es un documento requerido por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) que presenta las características del plan de beneficios en un formato estandarizado. Los documentos del SBC están disponibles en Paylocity.

- SIMNSA HMO SBC
- Health Net Salud y Mas HMO SBC
- Health Net Smart Care HMO SBC
- Health Net PPO SBC

DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES MATERIALES

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) realizadas en . Está destinado a complementar o reemplazar cierta información en la SPD. Por eso, consérvela para referencia futura junto con su SPD. Comparta estos materiales con sus familiares cubiertos.

DETERMINANDO LA ELEGIBILIDAD

EL MÉTODO DE MEDIDA DE RETROSPECCIÓN

La siguiente información explica cómo se determina su elegibilidad para la cobertura de atención médica, de acuerdo con las reglas de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

Bajo la ley ACA, los empleadores deben reportar información específica de beneficios al IRS sobre los empleados de "tiempo completo", conforme son definidos por ACA. Un empleado de "tiempo completo" generalmente es un empleado que trabaja un promedio de 130 horas mensuales. El estatus de tiempo completo de acuerdo con ACA puede afectar o determinar la elegibilidad de importantes beneficios médicos, pero no es una garantía de elegibilidad de beneficios. ProTec Building Services utiliza el método de medida de retrospección para determinar la elegibilidad de un plan de salud grupal.

Nuevos empleados contratados para trabajar en tiempo completo: Si es contratado como un nuevo empleado de tiempo completo (trabaja en promedio 130 o más horas al mes), usted y sus dependientes son elegibles generalmente para la cobertura del plan de salud grupal para el 30 days.

Nuevos empleados contratados para trabajar en tiempo parcial, horario variable o cronograma por temporadas: Si usted es contratado para una posición de tiempo parcial, una posición en la que su horario laboral varíe y ProTec Building Services no pueda determinar – para la fecha de su contratación – si usted se considerará un empleado de tiempo completo, o si es un empleado por temporada que trabaja durante seis (6) meses consecutivos o menos (sin importar la cantidad de horas trabajadas), primero se le asignará un período de medición inicial (IMP, por sus siglas en inglés) de . Su IMP comenzará el . Si durante su IMP, usted tiene un promedio de 130 o más horas por mes, se convertirá en un empleado de tiempo completo, si es elegible para beneficios, se le ofrecerá cobertura . Su estatus de tiempo completo seguirá vigente durante un período de estabilidad asociado que durará . Si su empleo es culminado durante tal período de estabilidad, y usted estuviera inscrito en beneficios, recibirá una cobertura bajo COBRA.

Empleados actuales: Un empleado actual es un individuo que ha sido empleado por un período de medición estándar completo. Un período de medición estándar es el período durante el cual ProTec Building Services cuenta las horas de empleados para determinar qué empleados trabajan en tiempo completo. Estos empleados que trabajan un promedio de 130 horas o más mensuales sobre el período de medición estándar serán considerados de tiempo completo, si es elegible para beneficios, se le ofrecerá cobertura desde el primer día del período de estabilidad asociado con el período de medición estándar. El estatus de tiempo completo estará vigente durante un período de estabilidad asociada por . Si su empleo es terminado durante el período de estabilidad, y usted se inscribiera en beneficios, se le ofrecerá una cobertura continuada bajo COBRA.

ProTec Building Services utiliza un ciclo anual del período de medición estándar y el período de estabilidad asociado como se establece a continuación:

Período de medición: to END DATE. Tiempo para determinar si trabaja más de 130 horas mensuales en promedio – utilizado para establecer si es un empleado de "tiempo completo" o "tiempo parcial" para la elegibilidad médica.

Período de estabilidad: to END DATE. Tiempo en el que será considerado un empleado de "tiempo completo" o "tiempo parcial" para la elegibilidad del plan médico – con base en las horas trabajadas durante el Período de Medición precedente.

ProTec Building Services
Health Insurance Rate Sheet & Per Payroll Period Deductions
Effective: January 1, 2025 - December 31, 2025

CALIFORNIA (NON-SAN DIEGO) - **Health Net - Salud Non SD HMO**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$205.57	$84.06	$317.52	$318.81	$281.09	$242.61	$389.71	$469.61
SAN DIEGO COUNTY - **Health Net - Salud SD HMO**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$253.12	$104.43	$393.60	$405.75	$343.88	$298.56	$479.03	$587.45
CALIFORNIA - **Health Net - SmartCare HMO**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$251.33	$103.66	$390.74	$402.50	$341.55	$296.55	$475.68	$583.05
CALIFORNIA - **Health Net - PPO CA**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$351.44	$146.57	$540.57	$561.41	$474.58	$416.25	$668.63	$842.58
NATIONWIDE (NON-CALIFORNIA) - **Health Net - PPO Non CA**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$375.14	$122.87	$640.78	$461.21	$548.01	$342.82	$820.69	$690.52
SAN DIEGO COUNTY - **SIMNSA HMO**							
EE Only		**EE + 1**				**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**		**EE Portion**		**ER Portion**	**EE Portion**
$84.95	$36.41	$119.68		$117.44		$160.32	$212.28
CALIFORNIA - **Health Net Dental HMO**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$4.51	$1.93	$6.06	$5.54	$6.25	$5.99	$7.99	$10.05
NATIONWIDE - **Health Net Dental PPO**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$13.15	$5.64	$19.02	$19.32	$19.99	$21.59	$26.47	$36.71
SAN DIEGO COUNTY - **SIMNSA Dental HMO**							
EE Only		**EE + 1**				**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**		**EE Portion**		**ER Portion**	**EE Portion**
$6.26	$2.69	$8.41		$7.71		$11.97	$16.00
NATIONWIDE - **Standard Vision**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$0.00	$3.46	$0.00	$5.88	$0.00	$6.22	$0.00	$9.30
NATIONWIDE - **Group Voluntary Accident**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$0.00	$4.81	$0.00	$7.35	$0.00	$9.38	$0.00	$13.18
NATIONWIDE - **Group Critical Illness - Custom GVCIP2**							
EE Only		**EE + Spouse**		**EE + Child(ren)**		**EE + Family**	
ER Portion	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**	**ER Portion**	**EE Portion**
$0.00	Multiple Choices	$0.00	Multiple Choices	$0.00	Multiple Choices	$0.00	Multiple Choices
NATIONWIDE - **LifeLock Benefit Elite**							
EE Only				**EE + Family**			
ER Portion		**EE Portion**		**ER Portion**		**EE Portion**	
$0.00		$4.25		$0.00		$8.49	