


# BENEFICIOS 2024

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**

NONSTOP HEALTH 13

LOS MEDICAMENTOS RECETADOS 17

ATENCIÓN PREVENTIVA 18

DENTAL 19

VISIÓN 22

**SEGURO DE VIDA 24**

**BENEFICIOS VOLUNTARIOS 26**

**CONTRIBUCIONES, CONTACTOS DEL PLAN 27**







**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, 2024

hasta

December 31, 2024.

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?

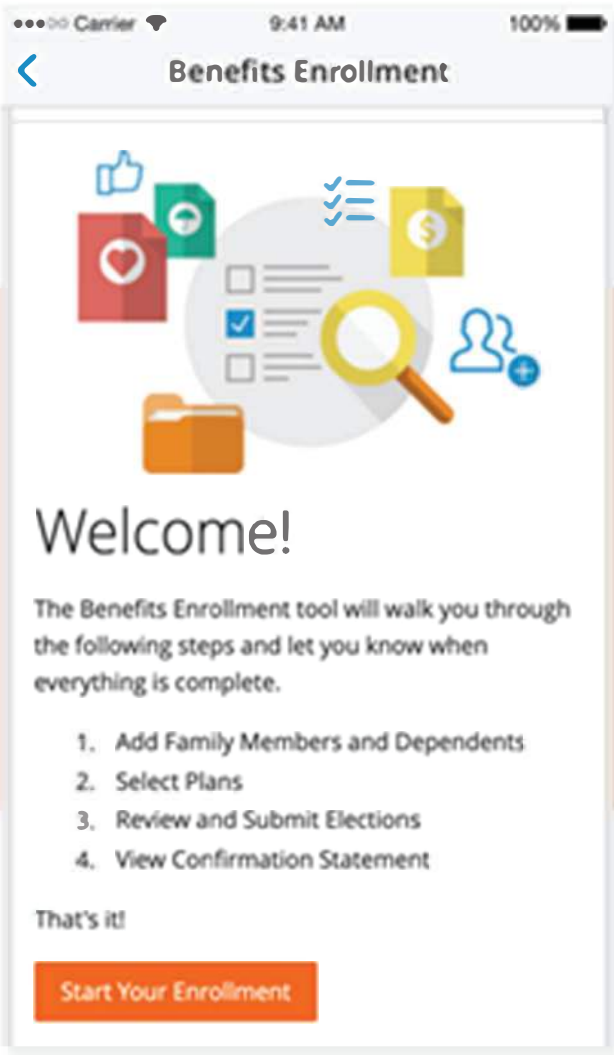
Usted puede inscribirse en los beneficios como un empleado nuevo o durante el período de inscripción anual. La cobertura de nuevas contrataciones comienza el 30 days siempre que se inscriba dentro de los  días de ser elegible. Si no cumple con la fecha límite, tendrá que esperar hasta el próximo ciclo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

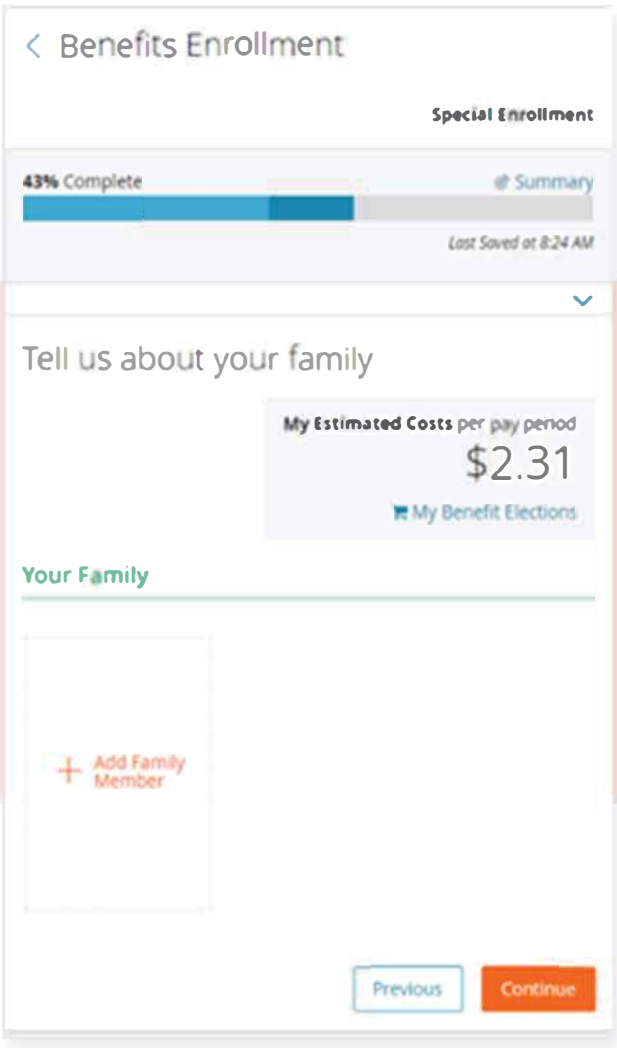
# Complete el registro en la Aplicación Móvil

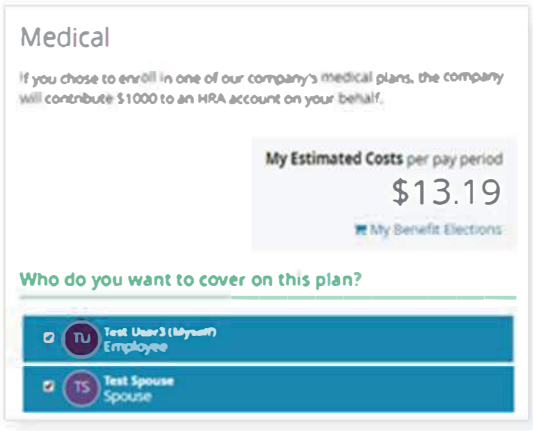



1. Inicie sesión en la aplicación “Paylocity”
2. En el menu principal, seleccione la opción “Beneficios”
3. Seleccione “Iniciar” dentro del banner de inscripción.
4. Seleccione “Inicie su registro”

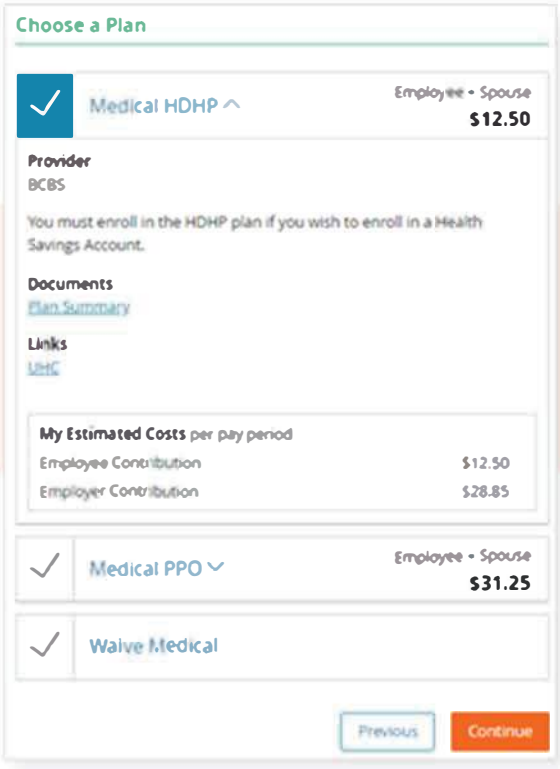
5. Revise la opción de “información de familia”
   - Seleccione “agregar familiar” para ingresar un nuev dependiente.
   - Seleccione “dependiente existente” para cambiar la información demográfica.
   - Seleccione “continuar”



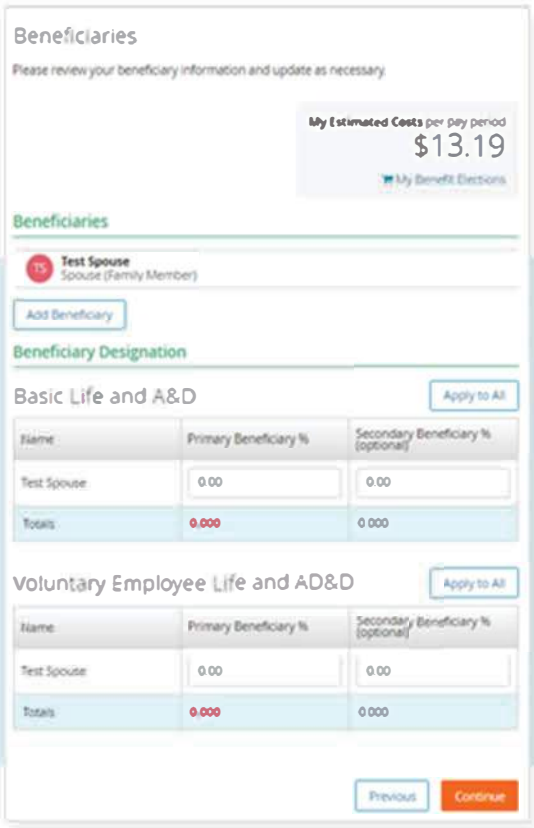






6. En caso de que aplique, responda algunas preguntas.
7. Ingrese a "elegir beneficios".
   - Planes de beneficio:
     1. Seleccione los dependientes por cubrir. El sistema calcula el nivel de cobertura y el costo en funciónde los dependientes seleccionados.




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

2023 Health Net Salud y Mas

2023 Health Net Smart Care HMO

2023 Health Net PPO

2023 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<br>Familia: $12,700 | Individual: Cubierto<br>Familia: Cubierto | Individual: Cubierto<br>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 | $100 copago | $100 copago |
| 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<br>Pedido por Correo: No cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto |
| Marca Preferida | Farmacia: $5 copago<br>Pedido por Correo: No cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto |
| Marca No Preferida | Pharmacy: $5 copago<br>Pedido por Correo: No cubierto | Pharmacy: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto |
| Límite de Suministro | Farmacia: 30 días<br>Pedido por Correo: No cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto |

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

# 2023 Health Net PPO

| | Dentro de la Red | Fuera de la Red |
|---|---|---|
| Deducible Anual<br>(los deducibles no se aplican de forma cruzada) | Individual: Cubierto<br>Familia: Cubierto | Individual: 1st $6,000 de $10,000<br>Familia: 1st $12,000 de $20,000 |
| Máximo Gasto de Bolsillo Anual<br>(los desembolsos máximos de bolsillo no se aplican de forma cruzada) | Individual: Cubierto<br>Familia: Cubierto | Individual: $12,000<br>Familia: $24,000 |
| Proveedor de Atención Primaria | Cubierto | Usted paga 40% después del deducible |
| Especialista | Cubierto | Usted paga 40% después del deducible |
| Atención Quiropráctica<br>(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<br>(copago eximido si es admitido) | $100 copago | 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<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: No cubierto<br>Pedido por Correo: No cubierto |
| Marca Preferida | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: No cubierto<br>Pedido por Correo: No cubierto |
| Marca No Preferida | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: No cubierto<br>Pedido por Correo: No cubierto |
| Límite de Suministro | Farmacia: Cubierto<br>Pedido por Correo: Cubierto | Farmacia: No cubierto<br>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.

# Carta de bienvenida

**¡Bienvenidos a Nonstop Health!** Estamos encantados de tenerlo a usted y a Pro Tec Building Services a bordo con nosotros. La misión de Nonstop es apoyar el crecimiento y la sustentabilidad de las organizaciones brindando atención médica de alta calidad, asequible y accesible para los empleados. Hacemos esto envolviendo un plan de reembolso de gastos médicos (MERP) de la sección 105 alrededor de un plan de salud con deducible alto (HDHP) de Health Net. Luego, le proporcionamos una tarjeta Nonstop Visa para ayudarlo a cubrir los costos de desembolso asociados con tener un HDHP, hasta el monto permitido de $6,000 para planes para empleados y $12,000 para planes para empleados + dependientes.

Como verá en esta guía, el programa Nonstop Health es relativamente fácil de usar siempre que siga esta regla de oro: **todos los servicios médicos y recetas que reciba deben estar cubiertos por su plan y aprobados por Health Net.** Tenga en cuenta que puede usar Nonstop Health para pagar proveedores dentro o fuera de la red, pero una vez que haya agotado todos los fondos de su tarjeta Nonstop Visa, será responsable de cualquier gasto médico restante en el que incurra durante el año del plan.

Estamos aquí para ayudarte de cualquier manera. Llámenos al 877-626-6057 o envíenos un correo electrónico a clientsupport@nonstophealth.com cada vez que tenga una pregunta. ¡Esperamos poder apoyarlo con sus necesidades de atención médica!

Nuevamente, bienvenido a la familia Nonstop. No podríamos estar más felices de extender el programa Nonstop Health a usted y su familia para asegurarnos de que se mantenga feliz y saludable durante todo el año.

Todo lo mejor,
Su equipo de Nonstop Health


© 2022 Nonstop Administration and Insurance Services, Inc.

# ¿Qué es Nonstop Health?

Nonstop Health es un tipo de programa de atención médica que permite a las organizaciones financiar una parte de las primas de atención médica y los gastos de bolsillo de sus empleados (por ejemplo, deducibles, copagos y coseguros) y, al mismo tiempo, ahorrar en los gastos de primas anualmente. El programa Nonstop Health combina un plan de salud que cumple con ACA con un plan de reembolso de gastos médicos (MERP) de la sección 105, y le brinda a usted, el miembro, una tarjeta Visa para ayudarlo a pagar los gastos médicos cubiertos y aprobados por el proveedor, hasta el monto permitido. cantidad de $6,000 para planes de empleados y $12,000 para planes de empleados + dependientes.

Con Nonstop Health, recibirá dos tarjetas por correo después de inscribirse: su tarjeta de identificación de proveedor de Health Net y su tarjeta Nonstop Visa de Nonstop Administration and Insurance Services, Inc. (Nonstop).

## ¿Qué Debo Hacer con Cada Tarjeta?

### TARJETA DE SEGURO




La tarjeta portadora proviene de Health Net e incluye información relevante para el Plan de Salud con Deducible Alto.

Debe presentar la tarjeta de identificación del plan Health Net en cada visita al médico y compras con receta. Esto es importante para asegurarse de que Health Net esté informado del cargo y acrediten adecuadamente sus servicios hacia su deducible/desembolso máximo dentro de la red.

### TARJETA NONSTOP VISA




La tarjeta Nonstop Visa proviene de Nonstop y se puede usar para pagar recetas y servicios médicos cubiertos y aprobados por el proveedor, hasta el monto permitido para su plan. No se puede usar la tarjeta Nonstop Visa para comprar medicamentos de venta libre.

Recibirá dos tarjetas Visa Nonstop y ambas estarán a su nombre. Si necesita tarjetas adicionales, llámenos al 1-877-626-6057. Le recomendamos que NO configure un PIN, ya que esto solo le permitirá usar la tarjeta como tarjeta de débito y no como tarjeta de crédito.


© 2022 Nonstop Administration and Insurance Services, Inc.

# Cómo acceder a Nonstop Health sin una tarjeta Visa

Mientras Nonstop hace todo lo posible para obtener su tarjeta Nonstop Visa lo más rápido posible, hay momentos en los que es posible que no la tenga a mano el primer día de cobertura. Además, si pierde su tarjeta Nonstop Visa o se la roban, la nueva puede tardar algunas semanas en llegar

¡Pero no te preocupes! Mientras esté inscrito en Nonstop Health, aún puede acceder a todos los beneficios del programa, incluso si no tiene su tarjeta Nonstop Visa disponible. Revisemos cómo hacer esto tanto para los gastos médicos cubiertos como para las recetas.



## Recetas

Si necesitas recoger una receta y no tienes tu tarjeta Nonstop Visa, tienes dos opciones:

1. Puede pagar esa receta de su bolsillo y Nonstop le reembolsará. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, visite www.nonstophealth.com/claims.
2. Si su receta no es urgente y el costo es más de lo que se siente cómodo pagando de su bolsillo, también puede enviar su receta y la documentación del costo a Nonstop Health. Entonces podemos enviarle un cheque por el costo de la receta y deducir ese monto de su cuenta de Nonstop Health. ¡Tenga en cuenta que puede tardar de 7 a 10 días hábiles en recibir este cheque!



## Servicios médicos

Si recibe servicios médicos antes de recibir su tarjeta Nonstop Visa por correo, solicite que su proveedor le facture esos servicios. Por lo general, las facturas pueden tardar entre 30 y 60 días en pasar por los sistemas de proveedores y compañías de seguros médicos. Como tal, debe tener su tarjeta Nonstop Visa en el momento de recibir la factura.

Alternativamente, puede solicitar que su proveedor facture a Nonstop directamente. Comuníquese con nosotros y podemos enviarle una carta/formulario que explique este proceso a su proveedor. Si necesita pagar un copago o coseguro en el punto de servicio, deberá pagar esos costos de su bolsillo y presentar un reclamo para que Nonstop Health le reembolse. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, visite www.nonstophealth.com/claims.



**¡Consejo importante!** Tanto para los servicios médicos como para las recetas, asegúrese de proporcionar la información de su plan médico a la farmacia o al proveedor para que todos los costos se apliquen a su deducible y desembolso máximo. Este es un paso importante en el proceso.


© 2022 Nonstop Administration and Insurance Services, Inc.

# Lo que está/no está cubierto por Nonstop Health

El programa Nonstop Health solo funciona para servicios cubiertos y recetas. Pero, ¿qué significa esto exactamente?

## Términos clave

Comencemos por revisar los términos clave que leerá, verá o escuchará con Nonstop Health.



**Recetas cubiertas:** Su aseguradora establecerá un "formulario" o lista de medicamentos al comienzo de cada año del plan, que enumera qué recetas están cubiertas por su plan médico. ¡El hecho de que un médico le recete un medicamento no significa que su compañía lo cubra automáticamente! Entonces, antes de pagar una nueva receta, asegúrese de llamar a su proveedor o preguntarle a su farmacéutico si está cubierto.



**Servicios cubiertos:** Un servicio cubierto es aquel que su aseguradora ha acordado pagar bajo su plan médico. No todos los servicios están cubiertos por todos los planes, por lo tanto, antes de recibir un nuevo servicio, consulte primero con su proveedor. Su operador puede tener un costo o un límite de visitas para servicios específicos u otras limitaciones.

## Ejemplos de lo que cubre Nonstop Health y lo que no cubre

### GASTOS CUBIERTOS

**Nonstop Health se puede utilizar para pagar todos los servicios y recetas que están cubiertos por su plan médico.** En esencia, esto significa que si su aseguradora médica acordó pagar un servicio médico o receta como parte de su cobertura médica, entonces puede usar su tarjeta Nonstop Visa para pagarlo. Si su proveedor no cubre un servicio o una receta, usted será responsable del 100 % de esos costos. Si no está seguro de si un servicio o receta está cubierto, consulte su Resumen de beneficios y cobertura (SBC) o comuníquese con su proveedor antes de recibir atención.

### GASTOS NO CUBIERTOS

Debido a que los planes médicos cubren los servicios y las recetas de manera diferente, no hay una lista exhaustiva de dónde puede o no puede usar su tarjeta Nonstop Visa. **Pero a continuación hay algunos ejemplos de servicios/proveedores/instalaciones que Nonstop Health nunca cubre.** Esto es solo una muestra: si no está seguro de si un servicio o una receta están cubiertos, consulte con su proveedor.

- Amazon.com o cualquier tienda FSA/HSA
- Programas de pérdida de peso
- FullScripts
- FreeSpira
- Massage Envy
- Carex
- Smile Direct Club
- PeopleCare
- Hero Health
- Warby Parker

**Como regla general, la tarjeta Nonstop Visa no se puede utilizar para lo siguiente:**

- Medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos
- Servicios dentales
- Servicios de la vista
- Servicios y medicamentos no aprobados por su proveedor
- Equipo médico duradero (DME) que no está aprobado por su proveedor
- Atención alternativa que no está aprobada por su proveedor
- Servicios de salud mental no aprobados por su proveedor
- Productos de higiene femenina


© 2022 Nonstop Administration and Insurance Services, Inc.

# Fechas y plazos clave

Al utilizar el programa Nonstop Health, existen algunas fechas y plazos clave que se aplican a la tarjeta Nonstop Visa, así como al proceso de reclamos Nonstop. Por favor lea esta información cuidadosamente para no perder ninguna fecha crítica para el reembolso. Si necesita enviar un reclamo manualmente, visite www.nonstophealth.com/claims.



## La tarjeta Nonstop Visa comienza con la inscripción:

La tarjeta Nonstop Visa no se puede utilizar para reclamaciones anteriores a su inscripción en el programa Nonstop Health. En otras palabras, si se inscribió por primera vez en el plan Nonstop Health el 1 de enero de 2023, no puede usar la tarjeta para pagar reclamaciones con fechas de servicio anteriores a esta fecha (p. ej., 14 de noviembre de 2022).



## La tarjeta Nonstop Visa solo se puede utilizar dentro del año calendario corriente:

La tarjeta Nonstop Visa no debe usarse para pagar reclamaciones pendientes del año calendario anterior, ya que la tarjeta Nonstop Visa solo puede usarse en el mismo año en que se prestaron los servicios. Por ejemplo, los servicios médicos de 2023 deben pagarse con la tarjeta Nonstop Visa en 2023; una vez que la fecha pase al 1 de enero de 2024, no podrás pagar los gastos de 2023 con la tarjeta Nonstop Visa. En su lugar, cualquier reclamo/costo pendiente del año calendario anterior debe enviarse manualmente a Nonstop.




## Plazos de presentación de reclamaciones mientras está inscrito en Nonstop Health:

Todos los reclamos de Nonstop Health deben presentarse a más tardar 90 días después del final del año calendario. Todos los reclamos de 2023 vencen **el 31 de marzo de 2024** o antes.




## Reinicios del 1 de enero para deducibles y desembolsos máximos:

Todos los cálculos de deducibles y gastos máximos de desembolso personal del plan médico se basan en un año calendario y se restablecen a $0 cada 1 de enero. La tarjeta Nonstop Visa también se reinicia el 1 de enero.



## Plazos de reclamos cuando se terminan los beneficios y / o el empleo:

Si deja a su empleador o ya no es elegible para los beneficios, debe presentar todos los reclamos anteriores a la oficina de Nonstop Health dentro de los **90 días** de su último día de cobertura. Su tarjeta Nonstop Visa se cancelará en su último día de cobertura y todos los servicios realizados antes del último día de cobertura deben enviarse manualmente.


© 2022 Nonstop Administration and Insurance Services, Inc.

# ¿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

2023 California Dental Network HMO

2023 SIMNSA Dental HMO

2023 Cigna 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

| | California Dental HMO<br>Dentro de la red | SIMNSA Dental HMO<br>Dentro de la red |
|---|---|---|
| **Deducible anual** | Individual: Ninguno<br>Familia: Ninguno | Individual: Ninguno<br>Familia: Ninguno |
| **Máximo de plan anual** | Individual: Ninguno<br>Familia: Ninguno | Individual: Ninguno<br>Familia: Ninguno |
| **Cuidados diagnósticos y preventivos** | Sin cargo (no deducible) | Sin cargo (no deducible) |
| **Servicios básicos** | | |
| Empastes (2750) | $0 - $120 copago | $5 - $37 copago |
| Endodoncias (3310-3330) | $75 - $200 copago | $30 - $50 copago |
| Periodoncia | $20 - $300 copago | $7 - $36 copago |
| **Ortodoncia** | | |
| Ortodoncia (8670) | Adolescente: $1,775 copago<br>Adulto: $1,975 copago | Adolescente: $50 copago por vista<br>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

| | Cigna Dental PPO | |
|---|---|---|
| | Dentro de la red | Fuera de la red* |
| **Deducible anual** | Individual: $50<br>Familia: $150 | Individual: $50<br>Familia: $150 |
| **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 10% |
| **Servicios básicos** | | |
| Empastes | Usted paga 10% después del deducible | Usted paga 10% después del deducible |
| Conducto Radicular | Usted paga 10% después del deducible | Usted paga 10% después del deducible |
| Periodoncia | Usted paga 10% después del deducible | Usted paga 10% 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

2023 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.

**2023 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** | $79.03 | $301.76 | $227.47 | $442.54 |
| **Health Net Salud SD** | $98.29 | $383.94 | $280.37 | $553.93 |
| **Health Net Smart Care HMO** | $97.57 | $380.86 | $278.45 | $549.77 |
| **Health Net PPO - CA** | $136.93 | $528.07 | $388.20 | $787.28 |
| **Health Net PPO - Non CA** | $114.80 | $433.88 | $327.32 | $659.26 |

| Medical | Empleado | Empleado + Uno | | Empleado + Familia |
|---|---|---|---|---|
| **SIMNSA HMO** | $36.41 | $117.44 | | $212.28 |

| Dental | Empleado | Empleado + cónyuge | Empleado + hijo(s) | Empleado + Familia |
|---|---|---|---|---|
| **California Dental HMO** | $1.78 | $5.46 | $6.23 | $9.04 |
| **Cigna Dental PPO** | $5.15 | $17.65 | 19.72 | $33.53 |

| 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** | $3.63 | $6.18 | $6.53 | $9.78 |

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 | California Dental Network | (877) 422-2138 | www.caldental.net | 3470 |
| Dental | Cigna | (800) 244-6224 | www.cigna.com | 3343028 |
| 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 | |
| Critical Illness | Mutual of Omaha | (800) 228-7104 | www.mutualofomaha.com | |
| Identity Theft | Lifelock | (904) 354-8329 | www.lifelock.com | |
| Client Support | Nonstop Health | (877-626-6057 | clientsupport@nonstophealth.com | |
| Member Support | Nonstop Health | (877) 626-6057 | members.nonstophealth.com | |
| Substantiation | Nonstop Health | (719) 270-9845 (fax) | eob@nonstophealth.com | |
| Claims | Nonstop Health | (877) 463-1175 (fax) | claims@nonstophealth.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 2023
- 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, 2024 - December 31, 2024

| 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** |
| $177.21 | $75.95 | $268.36 | $288.63 | $238.52 | $219.00 | $326.69 | $424.74 |
| 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** |
| $219.23 | $93.36 | $335.59 | $365.46 | $294.02 | $268.46 | $405.63 | $528.89 |
| 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** |
| $217.65 | $93.28 | $333.07 | $362.59 | $291.97 | $266.67 | $402.68 | $525.00 |
| 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** |
| $305.38 | $130.88 | $464.52 | $502.22 | $408.52 | $371.54 | $571.68 | $752.25 |
| 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** |
| $326.53 | $109.72 | $554.17 | $412.57 | $466.77 | $313.29 | 694.03 | $629.89 |
| 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 - **California Dental Network 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** |
| $4.33 | $1.78 | $6.06 | $5.46 | $6.43 | $6.23 | $7.76 | $9.04 |
| NATIONWIDE - **Cigna 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** |
| $12.37 | $5.30 | $17.88 | $18.17 | $18.80 | $20.30 | $24.89 | $34.53 |
| 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 | $3.63 | $0.00 | $6.18 | $0.00 | $6.53 | $0.00 | $9.78 |
| 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 | |