

**2020/2021 Guía de Beneficios
Efectivo el 1 de Junio de 2020
hasta el 31 de Mayo de 2021**

Notas

Información General

NUESTRO COMPROMISO

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

PERIODO DE INSCRIPCION ABIERTA

El período de inscripción abierta es la época del año en que usted puede seleccionar sus beneficios durante el siguiente plan anual. Este año, el plan empieza el 1 de junio de 2020 y termina el 31 de mayo de 2021. Los detalles del plan están incluidos en este folleto. El deducible y desembolso máximo se aplican al **año calendario**.

Si usted no completa la forma de inscripción durante el período en curso, no podrá inscribirse en el programa de beneficios hasta el próximo período anual de inscripción abierta a menos que experimente un evento calificativo. Asegúrese de mantener copias de sus formas de inscripción hasta que usted confirme que su primer cheque tiene las deducciones correctas.

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

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

TABLA DE CONTENIDO	
Información y Contactos General	3
Elegibilidad	4
Plan Medico / Herramienta de comparación	5-6
Medicamentos y Suministros para Diabeticos <u>gratis</u> por correo (OptumRx)	7
Real Appeal	8
Seguro Dental	9
Seguro Visión	10
Proveedores en la Red	11
Seguro Voluntario Básico de Vida	
Contribución para Plan Voluntario Básico de Vida	12
Seguro Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo	
Seguro de Incapacidad a Largo Plazo	13
Prima	
Deducciones de certano para empleados de temporada	14
Principal Discounts & Services	15
Programa de Asistencia para Empleados	16
Employer Contributions	17
Affordable Care Act (ACA)	18
Guía Federales	19-21
Continuation Coverage Rights under COBRA	22
Medicare Parte D	23

Contactos Importante

Redlands Christian Migrant Association Lorena Hernandez—HRIS & Benefits Manager 800-282-6540 ext. 261 lorena@rcma.org Cindy Moreno —Benefits Analyst 800-282-6540 ext. 243 cindy.moreno@rcma.org	UMR Medico Grupo # 76412881 800-826-9781 www.umr.com	Guardian Dental Grupo # 539154 800-541-7846 www.guardiananytime.com	Humana Visión Grupo # 861088 800-865-3676 www.humana.com
Principal— Otras Coberturas Seguro de Invalidez de Término Largo, Seguro de Invalidez de Término Corto, Seguro de Vida y AD&D Básico, Seguro de Vida Voluntario 800-986-3343 www.principal.com		<p>Preguntas sobre... ¿Beneficios? ¿Reclamos? CENTRO DE CUIDADO PARA EMPLEADOS AT BALDWIN KRYSTYN SHERMAN PARTNERS: 866-784-2242 mybenefits@bks-partners.com Lunes a Viernes, 8:30am - 5:00pm, EST</p> <p> BKS PARTNERS INSIGHT BEYOND INSURANCE</p>	
Programa de Asistencia para Empleados Principal—Magellan 800-356-7089 www.magellanhealth.com/member	Real Appeal 1-844-344-7325 help@realappeal.com		

Elegibilidad

EMPLEADOS

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

DEPENDIENTES

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

1. Su cónyuge legal
2. Hijos dependientes:

El término "niño (s)" incluye:

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

Tipo de Cobertura	Edad Maxima de Niño	Fecha Final	*Excepción de Cobertura
Medical	26 años (o 30 años, por favor vea las reglas de excepción)	Fin del mes de su cumpleaños	<p>Cobertura de edad 26 hasta 30 si:</p> <ol style="list-style-type: none">1. No están casados2. No tienen dependientes propios3. Vive en el mismo estado que el empleado o es un estudiante de tiempo completo, fuera del estado4. No tiene cobertura como un suscriptor designado/persona cubierta bajo ningún plan de seguro de salud grupal, incluida la póliza de salud grupal, general o de franquicia.5. No tener seguro de salud individual o beneficios con derecho bajo Medicare. <p>La cobertura continúa después de los 30 años, si el niño es incapaz de mantenerse a sí mismo. Prueba escrita de la incapacidad es requerida.</p>
Dental	26 años	Fin del mes de su cumpleaños	La cobertura continúa a la edad de 26 años si depende de usted para recibir apoyo y reside en el hogar del empleado o es un estudiante.
Visión	26 años	Fin del año calendario	Nacimiento hasta los 26 años: Depende de usted para su apoyo 26+ años : Depende principalmente en usted para su apoyo porque es incapacitado mental o físico.
Vida Voluntaria	26 años	Fin del mes de su cumpleaños	

Los miembros son responsables en verificar la elegibilidad de sus dependientes (cónyuge/hijos) en cuanto a la inscripción y notificar su Recursos Humanos inmediatamente cuando sus dependientes ya no cumple con el criterio de la elegibilidad. La falta en reportar apropiadamente perdida de elegibilidad puede resultar en reclamos negado, perdida de cobertura, y cualquier tarifa adicional será su responsabilidad.

Beneficios Antes de Impuestos

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

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

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

Médico

La cobertura médica voluntaria de RCMA se ofrece a través de UMR. El deducible y la acumulación máxima del plan se realizan en base a un **año calendario**. Las redes seguirán siendo las mismas para 2020-2021.

Tenga en cuenta que el plan de compra no ofrece ninguna cobertura fuera de su proveedor.

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



Selección de su plan médico y herramienta de comparación de costos

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

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

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

CONSIDERE ESTE EJEMPLO...

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

PLAN	Plan Basico Salario < \$28,000	Plan Basico Salario > \$28,000	Plan de Compra
Coseguro	30%	30%	20%
Cantidad Permitida	\$35,000	\$35,000	\$35,000
Deductible (usted paga)	(\$2,500)	(\$2,500)	(\$2,000)
Quedándose después del deductible	\$32,500	\$32,500	\$33,000
Coseguro (usted paga)	(\$2,500)	(\$2,500)	(\$2,000)
Seguro Total Pagado a los Proveedores	\$30,000	\$30,000	\$31,000
Total que usted paga a los Proveedores	(\$5,000)	(\$5,000)	(\$4,000)
La prima anual (que paga)	(\$1,291)	(\$2,016)	(\$3,840)
Total que usted paga	\$6,291	\$7,016	\$7,840

Actualizaciones de laboratorio de Sangre

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



labcorp.com



<https://appointment.questdiagnostics.com>

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

Medicamentos y Suministros para la diabetes

pedidos por correo de OptumRx

RCMA está ofreciendo suministros y medicamentos para diabéticos GRATIS a través de pedidos por correo sola-

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

ACARBOSE	GLUCOTROL	INVOKAMET	RIOMET
ACTOPLUS MET	GLUCOTROL XL	INVOKANA	STARLIX
ACTOPLUS MET XR	GLUCOVANCE	JANUMET	SYMLINPEN 120
ACTOS	GLUMETZA	JANUMET XR	SYMLINPEN 60
AFREZZA	GLYBURIDE	JANUVIA	SYNJARDY
ALOGLIPTIN	GLYBURIDE MICRONIZED	JARDIANCE	TOLAZAMIDE
ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL	GLYBURIDE/METFORMIN HCL	KOMBIGLYZE XR	TOLBUTAMIIDE
ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE	GLYNASE	KORLYM	TOUJEOL SOLOSTAR
AMARYL	GLYSET	LANTUS	TRESIBA FLEXTOUCH
AVANDIA	GLYXAMBI	LANTUS SOLOSTAR	TRULICITY
BYDUREON	HUMALOG	METFORMIN HCL	VICTOZA
BYETTA	HUMALOG KWIKPEN	METFORMIN HCL ER	
CHLORPROPAMIDE	HUMALOG MIX 50/50	MIGLITOL	
CYCLOSET	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	NATEGLINIDE	
DUETACT	HUMALOG MIX 75/25	ONGLYZA	
FORTAMET	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	PIOGLITAZONE HCL	
GLIMEPIRIDE	HUMULIN 70/30	PIOGLITAZONE HCL/METFORMIN HCL	
GLIPIZIDE	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	PIOGLITAZONE HCL-GLIMEPIRIDE	
GLIPIZIDE ER	HUMULIN N	PRANDIN	
GLIPIZIDE XL	HUMULIN N KWIKPEN	PRECOSE	
GLIPIZIDE/METFORMIN HCL	HUMULIN R	RELION R	
GLUCOPHAGE	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	REPAGLINIDE	
GLUCOPHAGE XR	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	REPAGLINIDE/METFORMIN HYDROCHLORIDE	

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

Los formularios de pedido por correo de OptumRx se pueden encontrar al iniciar sesión en ADP.



Ordene sus recetas fácilmente por correo con Optum Rx!

NO SE REQUIERE TARJETA DE CRÉDITO POR \$ 0 ORDEN DE CORREO RX

- Envío estándar gratuito
- AHORRO DE COSTOS: pague menos por los medicamentos con un suministro de 3 meses
- ACESO 24/7 Y RECORDATORIOS: hable con un farmacéutico, reciba mensajes de texto y recordatorios por correo electrónico



Por registro en línea:

Visite optumrx.com, regístrese y siga las sencillas instrucciones paso a paso. Puede administrar sus medicamentos en línea, incluso surtir nuevas recetas y transferir otras recetas a domicilio. También puede configurar recordatorios de mensajes de texto para ayudar a administrar su programa de medicamentos. Asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación del plan de salud y los frascos de medicamentos.



Por Teléfono:

Simplemente llame al número de teléfono para miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan para hablar con un representante de servicio al cliente ahora mismo. Es útil tener su tarjeta de identificación del plan y el frasco de medicamentos disponibles. El representante también puede comunicarse con su médico directamente si necesita una nueva receta.



Por Correo:

Pídale a su médico una nueva receta para un suministro de hasta tres meses, más reabastecimientos por hasta un año. Luego, vaya a optumrx.com y descargue el nuevo formulario de pedido de recetas. Envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior del formulario.



Por Fax o ePrescribe:

Pídale a su médico que llame 1-877-559-2955 para obtener instrucciones sobre cómo enviar su receta por fax directamente a OptumRx. o su médico puede enviar una receta electrónica a OptumRx.

Real Appeal by UHC

Real Appeal

Weight loss that's free.*
A transformation that's real.

Real Appeal® is a digital weight loss program customized to what works for you.

With Real Appeal, you learn simple steps to help you transform.

Transformation Coach



10 lbs+ Lost

4 out of 5 at-risk Real Appeal members lost an average of 10 lbs. after attending 4 online classes.¹

Up to a year of support.

With Real Appeal, you get professional weight loss coaching from a Transformation Coach who leads your weekly online group sessions. Our coaches are experts in helping you meet your goals.

Made for real life.

A Success Kit containing step-by-step guides, workout DVDs, gear, delicious recipes, healthy kitchen cooking tools and more comes after your first group session.



100,000+ members and 1 million+ pounds lost make it real.

Enroll today at
enroll.realappeal.com

For the best experience, access Real Appeal from your own device.

*Real Appeal is offered at no additional cost to you as part of your medical benefits plan, subject to eligibility requirements.

1Consult with your physician or health care provider before engaging in any weight-loss program. Results may vary.

Real Appeal | 1 million
pounds lost

© Real Appeal 2017 #1323

Dental

RCMA ofrece cobertura dental voluntaria a través de Guardian. El deducible y la acumulación máxima del plan son basados en año calendario.

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

Notas:

- Para calificar para guardar una porción de su Máximo Anual en años futuros, debe haber pagado una reclamación, y no debe haberse excedido del límite de \$700 reclamaciones pagadas durante el año de beneficio. Su cuenta de Traslado del Máximo personal no puede excederse del \$1250 en total. Cuando el Máximo de Traslado está llena, necesito usar los créditos antes que se puede guardar más. El Miembro hay que estar en el plan por lo menos de 3 años para llenar la cuenta del Máximo de Traslado.
- Si no elige los beneficios dental cuando está elegible como un Nuevo empleado, hay un periodo de esperanza que esta aplicado, porque son considerados "Participantes Tardíos." (el período para espera es 12 meses)



Plan de Vision

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

Proveedor	Humana	
Plan	Humana Insights	
	En la Red	Fuera de la Red
Examen de los ojos		
Copago para el Examen	\$10	Reembolso de \$30
<i>Frecuencia</i>	Una vez cada 12 meses	
Lentes (en vez de contactos)		
Visión Singular	\$25	Reembolso de \$25
Bi-Focal	\$25	Reembolso de \$40
Tri-Focal	\$25	Reembolso de \$60
Lenticular	\$25	Reembolso de \$100
<i>Frecuencia</i>	Una vez cada 12 meses	
Monturas		
Beneficio / Subsidio	\$100 subvención, y descuento de 20% de la balanza	Reembolso de \$50
<i>Frecuencia</i>	Una vez cada 24 meses	
Lentes de Contacto (en vez de lentes)		
Electivo	\$100 subvención, y descuento de 15% de la balanza	Reembolso de \$80
Medicamente Necesario	\$0	Reembolso de \$200
Correcion de Visión por Laser		
Beneficio / Descuentos	10% Descuento	N/A

*** Beneficio de contactos, dentro de la red (el Subsidio de \$ 100) :**

Bajo su plan , el copago por la examen de la vista está incluido en el subsidio de contactos . El subsidio de los contactos está diseñado para ofrecerle cobertura para el examen de la vista , la evaluación de lentes de contacto , montaje y cobros. La balanza, si existe, se puede utilizar para comprar los contactos.

SABÍA ACERCA DE LOS DESCUENTOS DE LASIK OFRECIDOS A TRAVÉS DE PRINCIPAL?



LA RED DE LASIK VISION

La red LASIK les brinda los miembros un excelente acceso a aproximadamente 550

Ubicaciones de proveedores en todo el país. Los miembros y sus dependientes elegibles tienen derecho a ahorros significativos y exclusivos.

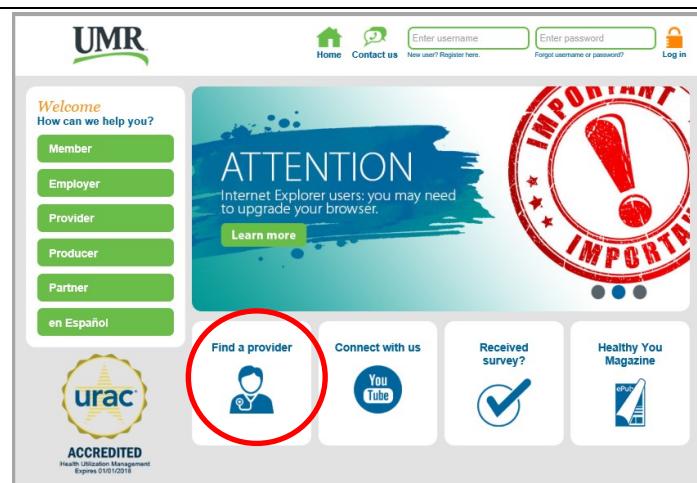
Por favor visitar <http://www.principallasik.com/#/home> or call 1-888-647-3937.



Localizar a Proveedores

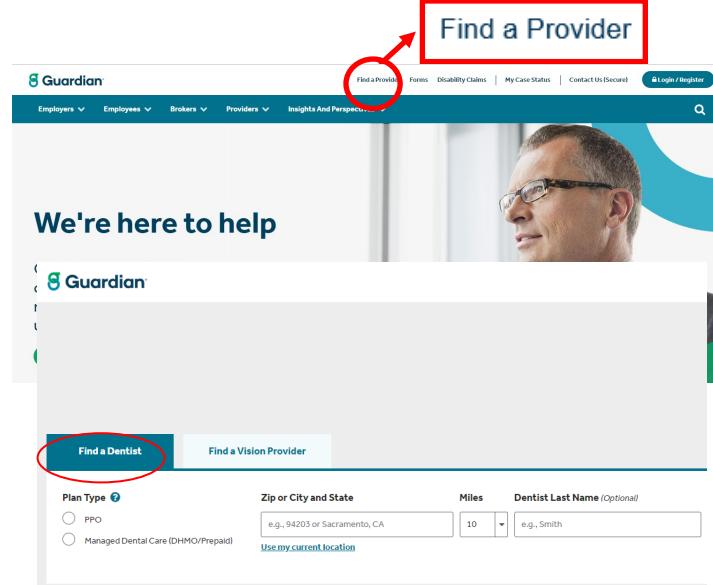
MÉDICO: UMR

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



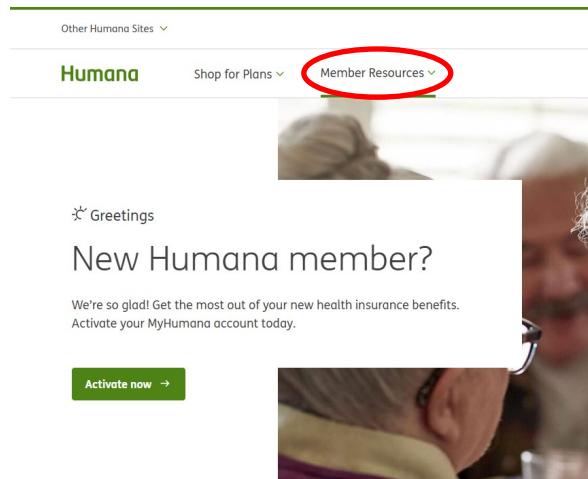
DENTAL: Guardian

1. www.guardiananytime.com
2. Seleccione "Find a Provider"
3. Seleccione "Find a Dentist."
4. Seleccione Advanced Search:
5. Seleccione el Plan Dental:
 - Plan DHMO, seleccione: [Managed Dental Care](#)
 - Plan PPO, seleccione: [PPO](#)
6. Seleccione Dental Network:
 - Managed Dental Care, seleccione: [The Guardian Life Insurance Company of America](#)
 - PPO plan, seleccione: [DentalGuard Preferred](#)



VISION: Humana

1. www.humana.com
2. Seleccione "Search" debajo de la sección llamada "Find a doctor or Pharmacy".
3. Seleccione "Visión" de su empleador y elija "Humana Insights" como su plan.
4. Seleccione "Vision Coverage through your employer or purchased on your own" then click the "Go" button.
5. Puede buscar por nombre del proveedor o localización. Si pone su código postal, podrá conseguir proveedores cercanos.



La facturación de saldo

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

Vida Basica y AD&D

Todos los empleados elegibles de tiempo completo están provistos de Vida Básico y AD & D . Este beneficio se paga el 100 % por su empleador . La Vida Básico y AD&D ofrece a su beneficiario con un beneficio de \$40,000. Es su responsabilidad notificar a su empleador acerca de quién debe ser indicado como su beneficiario(s). **Por favor atención después de 65 años de edad , un calendario de reducción se aplica a la duración de vida y AD & D beneficio.**

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

Vida Voluntario

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

Cubre	Cantidad del Beneficio
Empleado	Usted puede elegir seguro de vida en incrementos de \$10,000 hasta 5 veces su salario anual o \$500,000, cualquiera que es meno de los dos. Nuevos Empleados: Puedes elegir hasta \$180,000 para empleados bajo la edad de 70 y \$25,000 para empleados sobre la edad de 70 sin tener que proveer evidencia de buena salud. Esto es comúnmente referido Emisión Garantizada (GI en Ingles). Cualquier elección sobre el GI, va requerir en completar una forma de Evidencia de Buena Salud (EOI en Ingles).
<i>Si usted elige seguro de vida para usted mismo, usted tiene la oportunidad para elegir cobertura para su cónyuge y/o hijos.</i>	
Cónyuge	Usted puede elegir seguro de vida para su cónyuge en incrementos de \$5,000 hasta 50% de la cantidad elegida por el empleado hasta un máximo de \$250,000. Nuevo Contratado: La Emisión Garantizada para la cobertura de su cónyuge es \$50,000. Si usted elige una cantidad sobre la Emisión Garantizada, su cónyuge tendrá que completar un EOI para probar buena salud a Principal antes que la cobertura sea en efecto.
Hijo(s)	Usted puede elegir cobertura en incrementos de \$2,500 que no excede 50% de la cantidad elegida por el empleado hasta un máximo de \$10,000 para todos sus hijos de 6 meses hasta la edad de 19 (26 si es un estudiante de tiempo completo). Hijos entre la edad de 14 días y 6 meses tiene un máximo beneficio de \$1,500.



Nota:

- Si no se inscribió cuando elegible por primera vez o si desea aumentar su elección, director puede requerir que demostrar buen estado de salud antes de la cobertura será efectiva.
- Si su edad cambia a una banda de tipos diferentes , su prima mensual cambiará para reflejar la nueva banda tasa efectiva en la próxima fecha de aniversario de la póliza.

Inicie sesión en ADP para el formulario EOI.

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

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

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

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

Seguro de Incapacidad de Término Corto

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

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

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

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

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

Ejemplo: Si una empleada está embarazada en Mayo de 2020 y elige el beneficio de incapacidad a corto plazo a partir de el 1 de Junio de 2020, el embarazo se considera una "condición pre-existente" y no está cubierto ya que el embarazo es anterior del inicio de la cobertura.

Si un empleado elige el beneficio en Abril de 2020 y luego queda embarazada en Enero de 2021, el beneficio de incapacidad a corto plazo estaría disponible para el empleado ya que el embarazo se produjo después del inicio de la cobertura.

Condición Pre-existente significa que durante los 3 meses anteriores a la fecha efectiva del Seguro del Empleado (1 de Junio de 2020) el empleado recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios, incluidas las medidas de diagnóstico, o tomó medicamentos recetados o medicamentos para la condición incapacitante. La exclusión por condición preexistente no se aplicará si la incapacidad total o parcial del empleado comienza después de los 12 meses posteriores a la fecha de vigencia del seguro del empleado o de los 12 meses posteriores a la fecha efectiva de cualquier aumento en la cantidad de seguro de un empleado.



Por Favor vea ADP por las deducciones por nómina.

Seguro de Incapacidad de Término Largo

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

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

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

Contribución de la Prima

Contribución de la Prima

La deducción de su prima por cada cheque son basado en su elección de la cobertura. Para determinar su costo por periodo de pago del plan Medico, Dental y Visión. Por favor, use la tabla debajo y la formula en la parte debajo de la pagina del seguro de invalidez de termino corto para determinar la deducción de su nomina quincenal.

UMR - Médico (24) Deducciones de nómina	Plan Basico	Plan de Compra
Solo Empleado (salario < \$28,000)* Basado en el año anterior W-2—Actualizado anualmente 6/1	\$53.78	\$160.00
Solo Empleado (salario > \$28,000)* Basado en el año anterior —Actualizado anualmente 6/1	\$84.00	\$160.00
Empleado + Cónyuge	\$355.06	\$517.69
Empleado + Hijo(s)	\$289.80	\$424.44
Empleado + Familia	\$483.65	\$703.44

Guardian - Dental (24) Deducciones de	DHMO	PPO
Solo Empleado	\$6.93	\$18.86
Empleado + 1	\$13.24	\$34.84
Empleado + Familia	\$21.29	\$56.13

Humana - Vision (24) Deducciones de nómina	
Solo Empleado	\$3.35
Empleado + Familia	\$9.58

Deducciones del verano para empleados de temporada

Deducciones automáticas por adelantado para beneficios bajo el plan médico, dental y visión durante el período de "lay-off"

Para reducir los costos administrativos y las primas no canceladas, RCMA comenzó a hacer deducciones automáticas por adelantado a partir del 15 de enero de 2020. Cualquier ajuste debido al empleado o RCMA será hecho tan pronto el empleado regrese a trabajar luego de finalizar el periodo de "lay-off".

Las coberturas de grupo por el Seguro de Vida Familiar y el Seguro Voluntario de Invalidez a Corto Plazo serán canceladas por RCMA durante el periodo de "lay-off".

Seguro de Vida Familiar: Durante el periodo de "lay-off", los empleados pueden convertir esta póliza de seguro de vida familiar a través del grupo de RCMA a una póliza de vida individual privada. El cambio de póliza debe ser manejado directamente por el empleado. El empleado debe de contactar a Principal Financial Group dentro de 30 días luego del inicio de su "lay-off" para completar los trámites necesarios. (La póliza individual privada tendrá un costo mayor al costo de grupo). Cuando los empleados regresen del periodo de "lay-off", la cobertura previa será restablecida al costo del grupo (sin importar si la póliza fue convertida o no) sin ningún requerimiento de evidencia de buena salud.

Seguro de Invalidez a Corto Plazo: Los empleados no podrán convertir esta cobertura de grupo a una póliza individual durante el periodo de "lay-off". Cuando los empleados regresen a trabajar al finalizar el periodo de "lay-off", la cobertura previa será restablecida sin ningún requerimiento de evidencia de buena salud siempre y cuando todo requerimiento de la póliza ya haya sido cumplido. Principal Financial Group dará crédito por cualquier tiempo de condición pre-existente que ya había transcurrido antes del periodo de "lay-off".

Ejemplo 1: Un empleado ha tenido seguro de invalidez a corto plazo por 2 años. El periodo de 12 meses de cobertura requerido para obtener beneficios en caso de una condición pre-existente ya fue cumplido al momento en que el empleado regrese a trabajar luego de finalizar el periodo de "lay-off". Vea mas detalles en la pág. 22.

Ejemplo 2: Un empleado inició su trabajo en RCMA y se inscribió para el seguro de invalidez a corto plazo el 1 de noviembre. Al iniciar su "lay-off" el 1 de junio, el empleado solamente satisface 7 meses del tiempo requerido en caso de una condición pre-existente y al regresar luego de finalizar el periodo de "lay-off", tendrá que trabajar 5 meses mas para obtener los beneficios en caso de invalidez relacionada con esa condición. Vea mas detalles en la pág. 22.

Descuentos y Servicios a través de Principal



BENEFICIOS DE LA AUDICIÓN ESTADOUNIDENSE

A través de sus beneficios de grupo con el Director, usted es elegible para American Hearing Benefits (AHB). Este programa gratuito de beneficios auditivos le brinda acceso a consultas y descuentos gratuitos en audífonos a través de nuestra red nacional de profesionales de la audición.

PRIMER PASO →

Llame a (877) 890-4694 y un asesor de atención auditiva lo ayudara a encontrar un centro de atención auditiva de AHB cerca de usted.

SEGUNDO PASO →

Le evaluarán la audición para determinar sus necesidades auditivas. Si un audífono le beneficia, le proporcionaremos opciones de audífonos que se ajusten a su estilo de vida y a su presupuesto.

TERCER PASO →

Comience su vida de una mejor audición con el período de prueba de 60 días de AHB. Su asesor de audición y su proveedor lo acompañaran durante todo el proceso para asegurarse de que hemos encontrado una solución que le ayude a escuchar mejor.



SERVICIOS DE ARAG

Los servicios de ARAG pueden ayudar a proteger a su familia, sus finanzas y su futuro. Con ARAG, los servicios incluyen:

- Testamento y Centro de Documentos legales
 - ◊ Estándar Testamento
 - ◊ El poder duradero del abogado
 - ◊ Testamento mientras vivo
- Kit de robo de identidad
- Educación y Herramientas
 - ◊ Enlaces legales útiles
 - ◊ Términos legales glosario
- Organizador de información personal

Visite: <https://principal.araggroup.com/onlineDocsMVC/index.htm> o llame a (1) 800-546-3718.

Programa de asistencia a empleados

Tu Programa de asistencia a empleados (EAP, por sus siglas en inglés) te ofrece las herramientas y recursos que necesitas para ayudarte a enfrentar los retos de la vida, en cualquier momento del día o la noche.

Tu programa EAP proporciona valiosos servicios enfocados en una variedad de preocupaciones como encontrar cuidado de niños y personas mayores, información educativa sobre temas cotidianos y formas para mejorar tu salud emocional y bienestar.

No podía dormir. Mi consejero del programa EAP de Magellan me recomendó la terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas en inglés) por computadora. El programa online de seis semanas me ayudó a manejar mi insomnio y logré, finalmente, dormir bien por la noche.

Como madre primera, aprecio muchísimo poder llamar y hablar con una consejera. Ella me ayudó a encontrar ideas para la crianza de mi niña. Con los servicios disponibles en cualquier momento del día o la noche, encontré la ayuda que necesitaba.

Cuando nos mudamos a un nuevo estado, necesitábamos encontrar un buen veterinario en nuestra área. El programa EAP de Magellan nos ayudó a encontrar un gran veterinario cerca de nuestra casa. También nos proporcionó docenas de artículos sobre el cuidado y la salud de las mascotas.



Tu programa EAP también proporciona herramientas y recursos para los siguientes temas y mucho más:

- Visitas en persona con un profesional en salud mental
- Programas de atención confidencial online
- Herramientas de autoevaluación para identificar trastornos de sueño, estrés, depresión o consumo de alcohol
- Guías educativas sobre salud y bienestar, seminarios online pregrabados (webinars), retransmisiones (podcasts) y calculadoras
- Ayuda para encontrar recursos para el cuidado de niños y personas mayores
- Bases de datos sobre interacción de medicamentos
- Temas de adolescentes incluyendo anorexia, noviazgos y preparación para la universidad
- Consejos para los padres y abuelos sobre la crianza de los niños
- Consulta telefónica con un consejero licenciado y referencias a recursos de apoyo

Visita MagellanHealth.com/member (haz clic en Iniciar Sesión Español). Encontrarás información valiosa y recursos para los retos cotidianos y no tan cotidianos de la vida. Recuerda que el programa EAP está disponible para ti y los miembros de tu familia las 24 horas del día, los 7 días de la semana por teléfono u online.

Solo tienes que llamar o hacer clic para recibir ayuda

Online: www.MagellanHealth.com/member
(haz clic en Iniciar Sesión Español)
Teléfono gratuito: 1-800-356-7089
(en inglés)

Teléfono para llamadas internacionales: 1-800-662-4504
Teléfono para personas con problemas auditivos (TTY):
1-800-456-4006 (en inglés)



TE DAMOS LA VENTAJA®

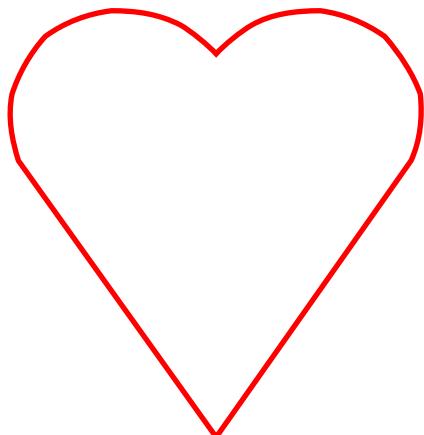
Principal Life Insurance Company, Des Moines, Iowa 50392-0002, www.principal.com

Principal Life Insurance Company ha acordado con Magellan Healthcare hacer el Programa de asistencia a empleados disponible para los empleados con seguro grupal de Principal Life. El programa EAP no es parte del contrato de seguro. Magellan es responsable de todos los servicios del programa EAP provistos. Los servicios del EAP en California son provistos a través de Magellan Health Services of California, Inc. — Employer Services. Magellan no es un miembro de la Principal Financial Group®.

Contribuciones del Empleador

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

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



tambien paga por:

- La Prima de Vida Basica y AD&D premium
 - Incapacidad de largo plazo
- Programa de asistencia al empleado
 - Beneficios Auditivos
- Programa de pérdida de peso de apelación real
- Servicios de ARAG (Testamento y Centro de Documentos, Kit de robo de identidad, Educación y organizador de herramientas e información personal)
- Suministros y medicamentos para la diabetes—vía ordene por correo

Affordable Care Act (ACA)

ACA Prueba de Elegibilidad

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

Cambio de Estado

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

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

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

ACA Requisitos de Valor Mínimo y Asequibilidad:

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

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

Guia Federales

Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegible para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud de su empleador, su Estado puede tener un programa de asistencia de prima que le puede ayudar en pagar por la cobertura. Estos Estados usan fondos de su programa de Medicaid o CHIP para ayudar personas que son elegible para estos programas, pero también tener acceso al seguro de salud por su empleador. Si usted o su hijos no son elegible para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para el programa de asistencia de prima. Si usted o sus dependientes NO están corrientemente inscrito en Medicaid o CHIP, y piensas que usted o cualquiera de sus dependientes pueden ser elegible por cualquiera de estos programas, usted puedes contactar su la oficina en su Estado para Medicaid o CHIP o llame 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para conseguir en como aplicar. Si usted cualifica, usted puedes preguntar al Estado si tiene un programa que le puede ayudar en pagar la prima por un plan proveído por su empleador. A la vez que es determinado que usted o su dependientes son elegible por asistencia de la prima bajo Medicaid o CHIP, y también elegible bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitir que usted se inscribe en el plan ofrecido por su empleador si usted no está inscrito. Esto es llamado una oportunidad "inscripción especial", y usted debe pedir la cobertura entre 60 días de ser determinado elegible bajo el programa de asistencia de prima.

Acto de los Derechos de la Mujer sobre la Salud y Cáncer

El Acto de los Derechos de la Mujer sobre la Salud y Cáncer (WHCRA) incluye protección para individuos que elige reconstrucción de sus senos en conexión con una mastectomía. WHCRA provee que los planes de salud de grupo le provee cobertura para beneficios medio y quirúrgico con respecto al mastectomía. También tiene que cubrir ciertas beneficios después de una mastectomía, incluyendo cirugía constructiva y tratamiento de complicaciones (como el linfedema). Cobertura para servicios relacionado con el mastectomía o beneficios requerido bajo el WHCRA son sujeto al mismo deducible y coaseguro o copago que aplica hacia otro beneficios medico o quirúrgico de su contrato del grupo.

Sección 111 de 1 de enero de 2009

Planes de Salud de Grupo (GHP) están requerido en cumplir con el Reportaje Mandatorio de Medicare Federal Secundario Pagador en la Sección 111 del Acto de Extensión de 2007 de Medicare, Medicaid, y SCHIP. Esto requiere que empleadores reporte información específica sobre las cobertura de GHP (incluyendo números de seguro social) para CMS determinar responsabilidad de pagares primario contra secundario. Básicamente, ayuda determinar cual plan paga primero—el plan del Empleador o Medicare/Medicaid/SCHIP para aquellos empleados cubierto bajo el plan del gobierno y el plan del empleador.

Acto de Protección para la Salud de los Infantes y Madres del 1996

Acto de Protección para la Salud de los Infantes y Madres del 1996 provee que planes de salud de grupo y distribuidor de seguro de salud generalmente no puede, bajo ley Federal, limitar beneficios por cualquier tiempo de estadía en conexión al parto para la madre o infantil niño por menos de 48 horas siguiendo un parto natural, o menos de 96 horas siguiendo una cesárea. Sin embargo, ley Federal generalmente no prohíbe el proveedor atiendo la madre o infantil, después de consultar la madre, en dar de alta la madre o su infantiles antes de 48 horas (o 96 horas si aplicable). Un proveedor que atiende es definido como un individuo que es licenciado bajo la ley aplicable del estado para proveer cuidado maternal o pediátrico y quien es directamente responsable en proveer cuyo cuidado a la madre o infantil. La definición de un proveedor que atiende no incluye un plan, hospital, organización de cuidado manejado u otro distribuidor. En cualquier caso, planes no puede, bajo ley Federal, requerir un proveedor en obtener autorización del plan o distribuidor en recetar un tiempo de estadía no en exceso de 48 horas (o 96 horas). Por favor contáctenos si usted quiere mas información sobre el Acto de Protección para la Salud de los Infantes y Madres del 1996 o WHCRA.

Ley de Michelle

Ley de Michelle, una enmienda de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA en inglés), El Acto de Servicios de Salud Público (PHSA en inglés), Código de Hacienda Pública (IRC en inglés). Esta ley asegura que estudiantes dependientes que toman tiempo libre por necesidad medica no puede perder cobertura de salud. La Ley de Michelle permite que estudiantes universitario seriamente enfermo, que son dependientes cubierto bajo el plan de salud, que continúe la cobertura hasta un año mientras toman tiempo libre por necesidad medica. Este tiempo libre debe ser por necesidad medica como certificado por un medico, y el cambio de inscripción debe comenzar mientras el dependiente esta sufriendo de una enfermedad o herida seria y debe causar el dependiente en perder se estado estudiantil. Bajo la ley, un hijo dependiente tiene derecho al mismo nivel de beneficios durante su tiempo libre por necesidad medica como el dependiente tenia antes de tomar el tiempo libre. Si cualquier cambio es hecho en el plan de salud durante este tiempo libre, el dependiente sigue, siendo elegible por el cambio de cobertura en la misma manera en como aplica si el cambio de cobertura era antes, después que sea que el cambio de cobertura sigue siendo disponible para otro hijo dependientes bajo este plan.

HITECH (from www.cdc.gov)

La Ley de Reinvención y Recuperación Americana (ARRA, por sus siglas en inglés) fue promulgada el 17 de febrero de 2009. ARRA incluye muchas medidas para modernizar la infraestructura de nuestra nación, una de las cuales es la Ley de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH). La Ley HITECH apoya el concepto de registros de salud electrónicos - uso significativo [EHR-MU], un esfuerzo liderado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Oficina del Coordinador Nacional de Salud IT (ONC). HITECH propone el uso significativo de registros de salud electrónicos interoperables en todo el sistema de prestación de atención de salud de los Estados Unidos como un objetivo nacional crítico. Uso Significativo se define por el uso de la tecnología certificada de EHR de una manera significativa (por ejemplo prescripción electrónica); Asegurando que la tecnología certificada de EHR esté conectada de manera que provea el intercambio electrónico de información de salud para mejorar la calidad de la atención; Y que al usar tecnología certificada de EHR, el proveedor debe presentar a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) información sobre la calidad de la atención y otras medidas.

Resciones

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe la rescisión de la cobertura del plan de salud excepto por fraude o declaración falsa intencional de un hecho relevante. Una rescisión de la cobertura del plan de salud de una persona significa que tratamos a esa persona como si nunca hubiera tenido la cobertura. La prohibición de rescisión se aplica a los planes de salud grupales, incluidos los planes con derechos adquiridos, vigentes para los años del plan que comiencen a partir del 23 de septiembre de 2010. Las regulaciones estipulan que una rescisión incluye cualquier terminación retroactiva o anulación retroactiva de la cobertura, excepto en la medida en que la terminación o cancelación se deba a la falta de pago puntual de las primas. Se prohíben las rescisiones, salvo en el caso de fraude o declaración falsa intencional de un hecho material. Por ejemplo, si un empleado está inscrito en el plan y hace las cotizaciones requeridas, entonces la cobertura del empleado no puede ser rescindida si posteriormente se descubre que el empleado fue matriculado por error y no era elegible para participar. Si se cometió un error y no hubo fraude o declaración falsa intencional de un hecho material, entonces la cobertura del empleado puede ser cancelada de forma prospectiva pero no retroactiva. En caso de que la cobertura de un miembro sea rescindida, entonces el miembro debe ser notificado por escrito con 30 días de antelación de la rescisión. La notificación también debe incluir los derechos de apelación del miembro según lo requerido por la ley y como se provee en los documentos de beneficios del plan del afiliado. Tenga en cuenta que si se rescinda la cobertura de un miembro, debe proporcionar la notificación adecuada al miembro.

Acto de Imparcialidad Sobre Información Genético (GINA en Ingles) de 2008

Título II del Acto de Imparcialidad sobre Información Genético de 2008 protege solicitante y empleados en discriminación basado en información genético cuando es contratado, promocionado, despedido, pagado, beneficios de adicionales, entrenamiento en el trabajo, clasificación, referido, y otro aspecto del empleo. GINA también restringe empleadores adquisición de información genético y límite estrictamente divulgación sobre información genética. Información genética incluye información sobre exámenes genético del solicitante, empleado, o miembros de la familia; la manifestación de enfermedades o trastornos en miembros de la familia (historial medico de la familia); y pedidos para o recibo de servicios genéticos del solicitante, empleados o miembros de la familia.

Requerimientos de Reportaje de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA)

La provisión de la responsabilidad del individuo compartida sobre la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA en inglés) requiere prácticamente todo individuos en tener seguro de salud cualificado para el año entero, reportar una excepción de la cobertura de salud, o pagar una multa cuando esta declarando sus impuestos.

Empezando en 2016, usted puede recibir uno o mas formas proveyendo información sobre su cobertura del cuidado de salud usted haya tenido o fue ofrecido durante el año anterior. Mucho como la forma W-2 y la forma 1099 que incluye información sobre sus ingresos recibido, estas nuevas formas de cuidado de salud provee información usted puede necesitar cuando usted esta declarando sus impuestos.

La nueva formas son:

Forma 1095-A, Declaración por el Mercado de Seguros de Salud.

El Mercado de Seguros de Salud envía esta forma para todo individuos que se inscribió en una cobertura con ellos, y contiene información sobre la cobertura, quien fue cubierto y cuando fue cubierto.

Forma 1095-B, Cobertura de Salud.

Proveedores de Seguro de Salud (por ejemplo, compañía de seguro) envía esta forma para todo individuos que ellos cubrieron, y contiene información sobre la cobertura, quien fue cubierto y cuando fue cubierto.

Forma 1095-C, Cobertura y Ofrecimiento de Seguro de Salud proveido por el Empleador.

Alguno empleadores envía esta forma para ciertos empleados con información sobre la cobertura ofrecido por el empleador. Empleadores que ofrece cobertura referido como "plan de auto aseguro" envía esta forma para individuos que cubrieron, y contiene información sobre la cobertura, quien fue cubierto y cuando fue cubierto. Si obtuvo cobertura de salud por mas de un empleador en 2016, usted recibirá la forma 1095-B y la forma 1095-C por cada empleador y la compañía de seguro que le ofreció o proveo cobertura.

Guia Federales

AVISO IMPORTANTE SOBRE LOS CAMBIOS DE REFORMA DE SALUD

En virtud del mandato Individual de la ACA, la mayoría de las personas deben obtener una cobertura de seguro de salud aceptable para ellos y sus familiares a partir del 1 de enero de 2014, o pagar una multa. Las personas pueden obtener cobertura de seguro de salud a través de los mercados de seguros de salud y federales. No está obligado a comprar una cobertura individual a través del mercado, ni a revisar las opciones de cobertura en el mercado lo que obliga a comprar un plan en el mercado. La disponibilidad de la cobertura a través del mercado. Si es elegible para el plan de Nuestros grupos y elija comprar una póliza de seguro de salud en el mercado, será responsable del pago directo de su póliza a la compañía de seguros y el monto total del costo de la prima. Dado que nuestro plan de seguro de salud cumple con los requisitos de ser asequible y proporcionar un valor mínimo, no será elegible para un subsidio de asistencia de prima. En 2016, la multa impuesta por no obtener una cobertura de salud creible es de \$ 695 por persona, o hasta el 2.5% de los ingresos del hogar. Se establecerá la cantidad de esta multa aumentará en años subsecuentes y se calculará cuando se presenten sus impuestos federales anuales.

HIPAA Special Enrollment

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

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

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

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

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

Medicaid o CHIP Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de seguro de salud para niños (CHIP) o si son elegibles para un subsidio de asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia premium.

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

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

HITECH (DE WWW.CDC.GOV) La Ley de Reinvención y Recuperación de EE. UU. (ARRA) se promulgó el 17 de febrero de 2009. ARRA incluye muchas medidas para modernizar la infraestructura de nuestra nación, una de las cuales es la "Tecnología de información de salud para la salud económica y clínica. (HITECH) Ley ". La Ley HITECH respalda el concepto de registros de salud electrónicos: uso significativo [EHR-MU], un esfuerzo liderado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

y la Oficina del Coordinador Nacional de TI para la Salud (ONC). HITECH propone el uso significativo de registros de salud electrónicos interoperables en todo el sistema de prestación de atención médica de los Estados Unidos como un objetivo nacional fundamental. El uso significativo se define por el uso de la tecnología certificada EHR de manera significativa (por ejemplo, la prescripción electrónica); asegurar que la tecnología certificada EHR esté conectada de una manera que permita el intercambio electrónico de información de salud para mejorar la calidad de la atención; y que al utilizar la tecnología de EHR certificada, el proveedor debe enviar al Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) información sobre la calidad de la atención y otras medidas.

RESCISIONES La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe la rescisión de la cobertura del plan de salud, excepto por fraude o tergiversación intencional de un hecho material. Una rescisión de la cobertura del plan de salud de una persona significa que trataríamos a esa persona como si nunca hubiera tenido la cobertura. La prohibición de rescisión se aplica a los planes de salud grupales, incluidos los planes de derechos adquiridos, vigentes para los años del plan que comienzan a partir del 23 de septiembre de 2010. Las regulaciones establecen que una rescisión incluye cualquier terminación retroactiva o cancelaciones retroactivas de la cobertura, excepto en la medida en que la terminación o cancelación se deba a la falta de pago oportuno de las primas. Las rescisiones están prohibidas, salvo en caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material. Por ejemplo, si un empleado está inscrito en el plan y hace las contribuciones requeridas, entonces la cobertura del empleado no se puede rescindir si luego se descubre que el empleado se inscribió por error y no fue elegible para participar. Si se cometió un error y no hubo fraude o tergiversación intencional de un hecho material, entonces la cobertura del empleado puede cancelarse de forma prospectiva pero no retroactiva.

En caso de que se cancele la cobertura de un miembro, se le debe proporcionar un aviso por escrito de la rescisión con 30 días de antelación. La notificación también debe incluir los derechos de apelación del miembro según lo exige la ley y según lo dispuesto en los documentos de beneficios del plan del miembro. Tenga en cuenta que si cancela la cobertura de un miembro, debe proporcionar la notificación correspondiente al miembro.

Ley de paridad de salud mental y adicción a la adicción (MHPAEA), por sus siglas en inglés) MHPAEA generalmente se aplica a los planes de salud grupales y a los emisores de seguros médicos que brindan cobertura tanto para los beneficios de salud mental o para el trastorno por uso de sustancias como para los beneficios médicos / quirúrgicos. MHPAEA proporciona con respecto a la paridad en la cobertura de los beneficios de salud mental y trastorno por uso de sustancias y los beneficios médicos / quirúrgicos proporcionados por los planes de salud grupales basados en el empleo. MHPA '96 requirió la paridad con respecto a los límites de vida y dólares anuales agregados para los beneficios de salud mental. MHPAEA amplía esas disposiciones para incluir los beneficios del trastorno por uso de sustancias. Por lo tanto, en virtud de MHPAEA, los planes y emisores de salud grupales no pueden imponer un límite de por vida o anual en dólares en los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias que sea inferior al límite de por vida o en dólares anual impuesto en los beneficios médicos / quirúrgicos. MHPAEA también requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos se aseguren de que los requisitos financieros (como los copagos y los deducibles) y las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los límites de visitas), aplicables a la salud mental o los beneficios del trastorno por uso de sustancias, generalmente no sean más restrictivos, que los requisitos o limitaciones aplicadas a los beneficios médicos / quirúrgicos. Las regulaciones de MHPAEA también requieren que los planes y los emisores aseguren la paridad con respecto a las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los estándares de gestión médica).

Guia Federales

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

La Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996 ("HIPAA") requiere que mantengamos la privacidad de la información de salud protegida, notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y sigamos los términos de nuestro aviso actualmente en efecto.

Puede solicitar una copia de las Prácticas de privacidad actuales del Administrador del plan que explique cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Según lo exija la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar, el derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, el derecho a recibir una notificación de incumplimiento, el derecho a enmendar, el derecho a un informe de divulgaciones, el derecho a solicitar restricciones, el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, derecho a una copia en papel de este aviso y el derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

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

Si desea que no usemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones, tiene permiso para hacerlo. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud si afectaría su atención. En su solicitud, le proporcionaremos una lista de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Esta lista incluirá todas las divulgaciones que excluyan el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas (como las que usted nos solicite). Proporcionamos una lista por año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses. Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, que le proporcionaremos de inmediato, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que tengan esta autoridad y puedan actuar en su interés antes de tomar cualquier acción. Si cree que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la información que se encuentra en la última página, o presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Envíando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No podemos asegurarle ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

Para cierta información médica, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Tiene el derecho y la opción de decirnos que compartimos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención y en una situación de alivio de desastres. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted y cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Nunca compartimos su información con fines comerciales de venta de su información sin su consentimiento expreso por escrito.

Nuestros usos y divulgaciones En general, usamos o compartimos su información de diferentes maneras. Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe al compartir información con los profesionales que lo están tratando. Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura (esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo). Nuestra organización puede usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por sus servicios de salud, así como también divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

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

seguridad de cualquier persona, y la investigación en salud.

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

Nuestras responsabilidades La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia. No utilizaremos ni compartirímos su información de manera diferente a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

ATENCIÓN PREVENTIVA Los planes de salud brindarán cobertura dentro de la red por el primer dólar, sin costo compartido, para los servicios preventivos y las inmunizaciones, según lo determinado en las regulaciones de la reforma de la atención médica. Estos incluyen, entre otros, exámenes de detección de cáncer, visitas a bebés sanos y vacunas contra la influenza. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite:

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

Derechos de Cobertura Bajo COBRA

Estimado empleado, cónyuge e hijos dependientes:

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

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

Qué es la cobertura de continuación COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

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

Jubilados

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

¿Cuando esta disponible la cobertura de COBRA?

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

Debe de notificar si hay un evento calificado

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

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

Cómo se proporciona la cobertura COBRA?

Una vez que SU PROVEEDOR recibe la notificación de que ha ocurrido un evento que califica, COBRA se ofrecerá cobertura de continuación a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus esposo/esposa, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. No tendrá que demostrar que es asegurable para elegir la cobertura de continuación. Sin embargo, tendrá que pagar la prima de tarifa de grupo para su cobertura de continuación más una tarifa de administración del 2%, si corresponde.

Cuánto dura la cobertura de COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

1) Extensión por incapacidad del período de 18 meses de

cobertura de continuación

Si la administración del seguro social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el plan está incapacitado y usted notifica a su proveedor de cobra por escrito de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir 11 meses adicionales de continuación de COBRA cobertura por un total máximo de 29 meses. La incapacidad debería haber comenzado en algún

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

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

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

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

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

Si tiene algunas preguntas

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

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

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

Tenga encuesta

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

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

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

Por favor mantenga su plan informado de los cambios de dirección

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

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

Aviso de Divulgación de Cobertura Acreditable

Medicare Parte D

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

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

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

- 1) La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Su empleador ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por Florida Blue en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Encomiable. Debido a que su cobertura actual es Encomiable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha	06/01/2020
Nombre de Entidad	RCMA
Contacto	Lorena Hernandez
Dirección	402 West St Immokalee, FL 34142
Telefono	800.282.6540

Descripción Resumida Del Plan

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

Resumen de Beneficios y Cobertura

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



www.rcma.org



Redlands Christian Migrant Association

© 2020 Todo Derechos Reservado