



Navigating Your 2019 Benefits



Tabla de Contenidos

| | |
|---|----|
| ¡¡BIENVENIDO! | 3 |
| ELEGIBILIDAD | 3 |
| CUÁNDO INSCRIBIRSE | 3 |
| REALIZANDO CAMBIOS | 3 |
| COBERTURA MÉDICA EN LA QUE USTED PUEDE CONFIAR | 4 |
| PLANES MÉDICOS DE INDEMNIZACIÓN* | 5 |
| CÓMO LOCALIZAR UN PROVEEDOR EN LA RED | 6 |
| LOS SERVICIOS DE TELADOC LE AHORRAN TIEMPO Y DINERO | 6 |
| CAMBIOS PARA MEDICAMENTOS PRESCRITOS A PARTIR DE 2019 | 7 |
| COBERTURA DENTAL VOLUNTARIA, VALE LA PENA SONREIR | 8 |
| COBERTURA DE LA VISIÓN VOLUNTARIA PARA UN FUTURO CLARO | 9 |
| SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) | 9 |
| BENEFICIOS VOLUNTARIOS | 9 |
| SEGURO DE VIDA Y AD&D VOLUNTARIO | 9 |
| SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD) VOLUNTARIO | 10 |
| AVISOS IMPORTANTES | 10 |
| ¿PREGUNTAS? SUS CONTACTOS PARA BENEFICIOS | 16 |

¡BIENVENIDO!

¡Bienvenido a sus beneficios para el 2019! Utilice esta guía de beneficios como un recurso para comparar los planes y aprenda más sobre las coberturas disponibles para usted.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, SISCO está disponible para ayudarle. Llame al (844) 631-6104.

ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para beneficios el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo si estás programado trabajar 30 horas o más por semana.

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles en el mismo plan que usted elige para sí mismo. Los dependientes elegibles incluyen su cónyuge legal y sus hijos hasta cumplir la edad de 26 años.

CUÁNDO INSCRIBIRSE

Usted puede inscribirse para cobertura dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su elegibilidad o durante el período de Inscripción Abierta.

Si usted no se inscribe para cobertura dentro de los 30 siguientes a la fecha de su elegibilidad, usted no recibirá cobertura del cuidado de la salud durante el año del plan, a no ser que ocurra un cambio calificado en el estatus familiar (refiérase a Realizando Cambios para conocer los detalles).



REALIZANDO CAMBIOS

Las elecciones que usted haga cuando sea elegible por primera vez continúan en vigor por el resto del año del plan que termina el 31 de diciembre. Una vez se haya inscrito, usted tiene que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para cambiar sus beneficios o agregar o cancelar cobertura para dependientes, a no ser que ocurra un cambio calificado en el estatus familiar según lo definido por el IRS. Los siguientes son unos ejemplos:

- Matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o muerte del cónyuge
- Nacimiento, adopción o colocado para adopción
- Cambio de su residencia o lugar de trabajo (si sus opciones de beneficios cambian)
- Pérdida de otra cobertura del cuidado de la salud
- Cambio en el estatus de elegibilidad de su dependiente debido a la edad, estatus de estudiante o cualquier circunstancia similar

COBERTURA MÉDICA EN LA QUE USTED PUEDE CONFIAR

Cuide su salud recibiendo el cuidado anual preventivo de su médico. Revise las opciones de planes médicos abajo para elegir el plan que sea mejor para usted basado en sus necesidades médicas y gastos para el año del plan entrante.

| Características del Plan | MVP |
|--|-----------------------------|
| | Sólo en la Red |
| Red | Cigna Choice Fund PPO |
| Deducible | |
| Individual | \$3,000 |
| Familiar | \$6,000 |
| Desembolso Máximo | (Incluye el deducible) |
| Individual | \$6,350 |
| Familiar | \$12,700 |
| Coaseguro | 60% / No está cubierto |
| Cuidado Preventivo | Cubierto en su totalidad |
| Visita al Médico Primario | 60% después del deducible |
| Visita al Especialista | 60% después del deducible |
| Sala de Emergencias | 60% después del deducible |
| Rayos X y Laboratorio Diagnóstico | 60% después del deducible |
| Imágenes Avanzadas | 60% después del deducible |
| Servicios para Paciente Hospitalizado / Cirugía | 60% después del deducible |
| Medicamentos Prescritos: Farmacia Minorista (suministro de hasta 30 días) | |
| Genérico | \$10 después del deducible |
| De Marca del Formulario | \$35 después del deducible |
| De Marca No del Formulario | \$70 después del deducible |
| Medicamentos Prescritos: Pedidos por correo (suministro de hasta 90 días) | |
| Genérico | \$20 después del deducible |
| De Marca del Formulario | \$70 después del deducible |
| No del Formulario | \$150 después del deducible |

MEC Basic

Sólo en la Red

Sólo cubre el cuidado preventivo *dentro de la red*. Todo el cuidado preventivo dentro de la red se paga al 100%.

PLANES MÉDICOS DE INDEMNIZACIÓN*

Accidentes o enfermedades inesperadas pueden ocurrir en cualquier momento. Los empleados y sus familias interesadas en suplementar su cobertura médica para protegerse de los gastos debidos a accidentes o enfermedades cubiertos, pueden inscribirse en uno de los planes de indemnización listados abajo.

| Características del Plan | Medical Indemnity Plan 1 | Medical Indemnity Plan 2 | Medical Indemnity Plan 3 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Admisión Hospitalaria 1^{er} Día | \$500 por día, 1 día por año | \$1,000 por día, 1 día por año | \$1,500 por día, 1 día por año |
| Hospitalización | \$300 por día, 30 días por año | \$500 por día, 30 días por año | \$700 por día, 30 días por año |
| Unidad de Cuidado Intensivo | Hospitalización Beneficio aplica | Hospitalización Beneficio aplica | Hospitalización Beneficio aplica |
| Visita a la Sala de Emergencia | \$250 por día, 1 día por año | \$300 por día, 1 día por año | \$500 por día, 1 día por año |
| Visita al Consultorio del Médico | \$70 por día, 6 días por año | \$80 por día, 6 días por año | \$100 por día, 6 días por año |
| Paciente Externo – Laboratorio y Rayos X | \$50 por día, 1 día por año | \$75 por día, 1 día por año | \$100 por día, 1 día por año |
| Paciente Externo- Estudios Avanzados | \$150 por día, 3 días por año | \$200 por día, 3 días por año | \$300 por día, 3 días por año |
| Paciente Interno – Cirugía | \$1,000 por día, 1 día por año | \$1,500 por día, 1 día por año | \$2,000 por día, 1 día por año |
| Paciente Interno – Anestesia quirúrgica | \$250 por día, 1 día por año | \$375 por día, 1 día por año | \$500 por día, 1 día por año |
| Paciente Externo – Quirúrgico | \$500 por día, 1 día por año | \$750 por día, 1 día por año | \$1,000 por día, 1 día por año |
| Paciente Externo – Cirugía Menor | \$75 por día, 1 día por año | \$100 por día, 1 día por año | \$150 por día, 1 día por año |
| Paciente Externo – Anestesia | \$125 por día, 1 día por año | \$188 por día, 1 día por año | \$250 por día, 1 día por año |

Esto es sólo un breve resumen de los planes. Para obtener más detalles, incluyendo, limitaciones y exclusiones, por favor contacte a Recursos Humanos para obtener una Descripción Sumaria del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

Esto es sólo un breve resumen de los planes. Para obtener más detalles, incluyendo, limitaciones y exclusiones, por favor contacte a Recursos Humanos para obtener una Descripción Sumaria del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

*Estos productos no califican como cobertura [Cobertura Esencial Mínima (MEC, por sus siglas en inglés)] que satisface los requisitos de tener cobertura de salud según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). La terminación o la pérdida de esta póliza no le dan el derecho a un período especial de inscripción para comprar un plan de cuidado de salud que califique como cobertura esencial mínima fuera del período de inscripción abierta. Estos productos podrían incluir una exclusión por condición preexistente.

Acerca de Independence American Insurance Company

Independence American Insurance Company está domiciliada en Delaware y está licenciada para vender seguro de propiedad y/o accidente (P&C, por sus siglas en inglés) en cada uno de los 50 estados y el Distrito de Columbia. Sus productos incluyen planes médicos de corto plazo, indemnización hospitalaria, beneficio de indemnización limitada, planes dentales grupales e individuales, y seguro para mascotas. La clasificación de la solidez financiera de Independence American es A- (Excellent) por A.M. Best Company, una agencia de clasificación ampliamente conocida que clasifica la solidez financiera de las compañías de seguros y sus habilidades para cumplir con las obligaciones de los tenedores de la póliza (clasificación A++ de A.M. Best es la más alta clasificación).

CÓMO LOCALIZAR UN PROVEEDOR EN LA RED

MVP (VERDADERO PLAN MÉDICO PRINCIPAL)

Este es un plan médico principal con plan con amplios servicios, incluyendo beneficios quirúrgicos y hospitalización. Los servicios de cuidado preventivo listados están cubiertos al 100%. Para otros servicios, incluyendo visitas rutinarias al consultorio, procedimientos, servicios de laboratorio, medicamentos prescritos, etc., no se realizarán pagos de beneficios hasta que usted cumpla con su deducible anual.

Busque un proveedor PPO de la amplia red *Choice Fund PPO* en <https://ifphcpdir.cigna.com/web/public/ifpproviders>

MEC BASIC (SÓLO SERVICIOS PARA CUIDADO PREVENTIVO)

El plan *MEC basic* provee cobertura para servicios de cuidado preventivo. Los servicios de cuidado preventivo listados están cubiertos al 100% siempre y cuando su médico facture su visita como una consulta preventiva.

Elija de una amplia variedad de médicos y hospitales en www.multiplan.com

LOS SERVICIOS DE TELADOC LE AHORRAN TIEMPO Y DINERO

Los médicos de *Teladoc* tienen certificación académica de los Estados Unidos y están disponibles 24/7/365 para resolver problemas médicos por consultas telefónicas o por video (este servicio no reemplaza a su médico primario). *Teladoc* es una opción conveniente y al alcance de su bolsillo para recibir cuidado de salud de calidad. ¡Algunas de las condiciones que los médicos de *Teladoc* pueden tratar incluyen, pero no se limitan a, resfriado y gripe, alergias, bronquitis, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sinusitis y más!

Después de inscribirse en el programa *Teladoc*, usted recibirá un paquete de bienvenida con instrucciones para establecer su cuenta, completar su historial médico, y solicitar una consulta.

| | Inscrito en un plan médico | NO inscrito en un plan médico |
|------------------------------------|--|--|
| Cómo Inscribirse | Llame al (844) 631-6104 para activar o seleccionar cobertura cuando se inscriba por medio de <i>BenefitElect</i> | Usted tiene que estar inscrito por lo menos en un plan voluntario: Dental o seguro de incapacidad a corto plazo (std) voluntario |
| Copago por <i>Televisit</i> | Participantes en MVP Plan: \$45 copago por <i>televisit</i> | \$0 copago por <i>televisit</i> |
| Costo Semanal por Empleado | Ningún cargo (Incluido en la deducción médica) | \$5.00 |

CAMBIOS PARA MEDICAMENTOS PRESCRITOS A PARTIR DE 2019

CASTIARX HOME ADVANTAGE SELECT (PEDIDO POR CORREO)

Se requerirá que usted surta los medicamentos de mantenimiento por medio de la farmacia de pedido por correo de *CastiaRx*. Usted es permitido **dos** repeticiones de 30 días en su farmacia minorista, repeticiones adicionales tienen que ser obtenidas por medio del pedido por correo. Siga estos tres pasos fáciles y ahorre tiempo y dinero con *Home Advantage*:

1. **Inscríbase:** Contacte a *CastiaRx* para registrarse para el pedido por correo. Después de completar el proceso de registración, *CastiaRx* se comunicará con su médico para obtener una prescripción con un suministro de 90 días y repeticiones.
2. **Ordene:** Realice su pedido o inscríbase en el programa de repeticiones automáticas de *CastiaRx*. El proceso toma entre 5 a 7 días laborales o más.
3. **Pague:** El pago tiene que ser recibido antes de poder enviar el medicamento. Para obtener resultados óptimos, registre su forma de pago.

MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (PPI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Los *PPI* son un grupo de medicamentos utilizados para la prevención y tratamiento de condiciones de reflujo ácido. Todos los medicamentos *PPI* están disponibles sin receta médica y dejarán de ser cubiertos bajo el plan de beneficios.

PROGRAMA VARIABLE SPECIALTY COPAY PROGRAM (VSCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Para los medicamentos de especialidad surtidas por la Farmacia Especializada de *CastiaRx*, *CastiaRx* le ayudará a inscribirse en los programas de asistencia con el copago ofrecidos para ayudarlo con sus gastos de bolsillo para su terapia. Si usted califica, el plan cubrirá el costo total del medicamento y usted tendrá \$0 de copago por el año calendario. Los medicamentos de especialidad no surtidas por la Farmacia de Especialidad de *CastiaRx* o si el programa de asistencia con el copago no está disponible, usted es responsable por el copago total o coseguro aplicable.

TERAPIA ESCALONADA PARA MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES

Ahorre dinero eligiendo medicamentos genéricos y de marca preferida para tratar su diabetes. El Programa de Terapia Escalonada de *CastiaRx* le ayuda a beneficiarse del medicamento más rentable, requiriendo que se surtan medicamentos menos costosos antes de cubrir medicamentos más costosos. Pídale a su farmacéutico que contacte a *CastiaRx* para comenzar el proceso de terapia escalonada.

FORMULARIO PREMIUM DE CASTIARX (NINGÚN CAMBIO PARA 2019)

No habrá cambios al formulario de medicamentos (también conocido como la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) para el 2019. Asegúrese de visitar el PDL en www.CastiaRx.com para que usted y su médico reciban ayuda para elegir el medicamento más rentable cubierto bajo su plan.

Si tiene preguntas, contacte al Servicio al Cliente al (800) 546-5677 o visite www.CastiaRx.com.

COBERTURA DENTAL VOLUNTARIA, VALE LA PENA SONREIR

Su seguro dental voluntario utiliza la red de proveedores *Dentemax*. Elija dentistas en la red para recibir el nivel más alto de cobertura por una tarifa más baja. Localice un proveedor *DenteMax* en www.dentemax.com o llame al (800) 753-0404. Los empleados son responsables por pagar el 100% de la prima de seguro dental.

| Características del Plan | Companion Life (Red DenteMax) |
|---|----------------------------------|
| | PPO Plan B |
| | Fuera de la Red |
| Deducible por Año Calendario | \$50 |
| Máximo por Año Calendario | \$750 |
| Servicios Diagnósticos y Preventivos (p.ej., rayos X, limpiezas, examen) <i>Ningún período de espera</i> | Cubierto en su totalidad |
| Servicios Básicos y Restaurativos (p.ej., rellenos, raíz del diente) <i>3 meses de período de espera</i> | 80% |
| Servicios Mayores (p.ej., dentaduras, extracciones, coronas, puentes) <i>12 meses de período de espera</i> | 50% |

***Nota:** Si consulta a un proveedor fuera de la red, usted es responsable por los cargos que superen los límites de los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

COBERTURA DE LA VISIÓN VOLUNTARIA PARA UN FUTURO CLARO

La cobertura de la vista voluntaria utiliza la red de la vista EyeMed. Consulte a un optometrista en la red para recibir el nivel más alto de cobertura para examen anual y anteojos o lentes de contacto. Localice un proveedor en la red en www.eyemed.com o llame al (866) 939-3633. Los empleados son responsables por pagar el 100% de las primas del seguro de la vista.

| Características del Plan | Companion Life (Red EyeMed Vision) | |
|---|---------------------------------------|--|
| | En la Red | Fuera de la Red |
| | <i>Usted Paga:</i> | <i>Plan reembolsa hasta:</i> |
| Examen (cada 12 meses) | \$10 copago | Reembolsa hasta \$35 |
| Materiales (cada 12 meses) | \$10 copago | Varía dependiendo en el tipo de lentes |
| Armazones (cada 24 meses) | Cubierto | Reembolsa hasta \$45 |
| Lentes de Contacto – en lugar de armazones (cada 12 meses) | Cubierto | Reembolsa hasta \$64 |

SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

El seguro de Vida y AD&D por medio de *Companion* le ofrece la paz mental y protege a su familia financieramente en caso de una muerte o accidente serio. **Cuando se inscriba con MVP, usted como empleado recibirá \$10,000 de Seguro de Vida/AD&D básico sin costo adicional para usted. Este beneficio no está incluido en la cobertura de indemnización hospitalaria o MEC.**

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

SEGURO DE VIDA Y AD&D VOLUNTARIO

Usted puede comprar seguro de vida adicional por medio de *Companion* por tarifas grupales. Considere los gastos funerales, gastos legales, y gastos generales de mantenimiento para los miembros sobrevivientes de su familia cuando seleccione cantidades de cobertura adicional.

Detalles del Plan:

- Seguro de Vida a Término Voluntario es equivalente a \$20,000 para el empleado y \$ 5,000 para el cónyuge. Puede elegir cobertura para hijos dependientes en las siguientes cantidades:
 - Niños dependientes de 6 meses a 26 años: \$ 2,500
 - Niños dependientes de 10 días a 6 meses: \$ 100
- El seguro AD&D es igual al monto del seguro de vida
- Los empleados pagan el 100% de la prima del seguro en las siguientes cantidades:

¡Importante!

Revise y actualice la información de su beneficiario en caso de cambios.

| Voluntary Life Insurance Monthly Rates per \$1,000 | |
|--|--------|
| Employee Only | \$4.60 |
| Employee + Spouse | \$5.51 |
| Employee + Child(ren) | \$5.51 |
| Family | \$5.51 |

SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD) VOLUNTARIO

Una lesión o enfermedad podría ocurrir en cualquier momento y no permitirle trabajar. Protege a usted y a su familia financieramente en caso de lesión o enfermedad de corto plazo con la cobertura de Beneficios Voluntarios de Incapacidad a Corto Plazo (STD) de *Companion*.

Detalles del Plan:

- Beneficio STD comienza 7 días después de sufrir una lesión o enfermedad
- Plan STD paga hasta el 60% de su ingreso antes de incapacitarse hasta un máximo de \$650 por mes
- Duración – seis meses
- Empleado paga el 100% de la prima del seguro, \$3.92 por semana

SEGURO DE ACCIDENTE VOLUNTARIO

El seguro de Accidente de Independent America ayuda a contrarrestar los gastos que su seguro de salud no cubra como deducibles y copagos debido a un accidente inesperado. El pago de beneficio se basa en la lesión y/o tratamiento recibido, incluyendo el cuidado en la sala de emergencias y cirugías relacionadas. Existe una variedad de coberturas disponibles. Por favor solicite un programa de beneficios para ver una lista completa de lesiones y tratamientos cubiertos.

| Detalles del Plan de Accidente Base | Beneficio |
|---|----------------|
| Hospitalización Inicial | Hasta \$1,000 |
| Estadía Hospitalaria | Hasta \$1,000 |
| Cláusula por Dislocación/ Fractura | Hasta \$1,000 |
| Cláusula por Tratamiento de Accidente y Cuidado Urgente | Beneficio |
| Ambulancia Terrestre | Hasta \$1,000 |
| Ambulancia Aérea | Hasta \$1,000 |
| Tratamiento de Accidente por un Médico | Hasta \$1,000 |
| Rayos X | Hasta \$1,000 |
| Cuidado Urgente | Hasta \$1,000 |
| Cláusula por Servicios en la Sala de Emergencia | Hasta \$1,000 |
| Tratamiento de Seguimiento de un Accidente | Hasta \$1,000 |
| Beneficio de Bienestar | \$50 por socio |

SEGURO DE ENFERMEDAD CRÍTICA VOLUNTARIO

El Seguro de Enfermedad Crítica de *Companion Life* ayuda a protegerle de los gastos incurridos debidos a una seria condición de salud como apoplejía (stroke), ataque cardíaco, o cáncer. Para inscribirse, usted selecciona un beneficio de suma global que es pagado directamente a usted cuando sea diagnosticado por primera vez de una condición cubierta. Usted decide cómo utilizar el beneficio en efectivo.

| Detalles del Plan de Enfermedad Crítica | Beneficios |
|--|------------|
| Beneficios Iniciales de Enfermedad Crítica | |
| Ataque al Corazón, Apoplejía (Stroke), Trasplante de Órgano Principal, Insuficiencia Renal Terminal (100%) | \$10,000 |
| Desviación de la Arteria Coronaria (25%) | \$2,500 |
| Exención de Prima (sólo empleado) | Sí |
| Beneficios de Enfermedad Crítica por Cáncer | |
| Cáncer Invasivo (100%) | \$10,000 |
| Carcinoma in <i>Situ</i> (25%) | \$2,500 |
| Beneficios Suplementarios para Enfermedad Crítica | |
| Enfermedad de Parkinson Avanzada | \$2,500 |
| Enfermedad de Alzheimer Avanzada (25%) | \$2,500 |
| Beneficios Adicionales | |
| Beneficio de Enfermedad Crítica por Segunda Vez | Sí |
| Beneficio de Enfermedad Cáncer Crítico por Segunda Vez | Sí |
| Beneficio de Bienestar (por año) | \$50 |

AVISOS IMPORTANTES

AVISO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

El derecho a la continuación de cobertura *COBRA* fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación de 1985 (*COBRA*, por sus siglas en inglés). La cobertura de continuación *COBRA* puede estar disponible para usted que de otro modo perdería su cobertura de salud grupal. La cobertura *COBRA* también podría estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos bajo el Plan cuando de otro modo perderían su cobertura de salud grupal.

Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo ley federal, usted debería revisar la Descripción Sumaria del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) o contactar al Administrador del Plan. Para mayor información acerca de eventos calificativos relacionados a *COBRA*, cómo la cobertura es provista, y los pasos requeridos para participar en la cobertura *COBRA*, por favor contacte a su departamento de Recursos Humanos.

AVISO ACERCA DE LA PROTECCIÓN DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Los planes de salud Grupales y los emisores de seguro de salud generalmente no pueden, bajo ley Federal, restringir los beneficios para cualquier estadía hospitalaria en conexión con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas para un parto vaginal, o a menos de 96 después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe a la madre o al proveedor atendiendo al recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, donde aplique). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, bajo ley Federal requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la compañía de seguro para prescribir una duración que no exceda 48 (o 96 horas).

Por favor contacte a Recursos Humanos para obtener una lista de las oportunidades y procedimientos para una inscripción especial.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted podría tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998. Para los individuos recibiendo beneficios relacionados a una mastectomía, la cobertura será provista según sea determinado consultando al médico atendiendo a paciente y la paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción del seno en que se realizó la mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener simetría en la apariencia; Prótesis; y Tratamiento para complicaciones físicas de una mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios provistos estarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro que apliquen a otros beneficios médicos quirúrgicos provistos bajo este plan. Si usted desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a su administrador del plan.

ACONTECIMIENTOS ESPECIALES PARA INSCRIPCIÓN

Una Persona Elegible y/o Dependiente también podrán inscribirse durante un período especial de inscripción. Un período especial de inscripción no está disponible para una Persona Elegible o sus Dependientes si la cobertura bajo un plan anterior fue terminada por justa causa, o porque las primas no fueron pagadas a tiempo.

Una Persona Elegible y/o Dependientes no necesitan elegir la continuación de cobertura *COBRA* o preservar el derecho de inscribirse en forma especial. Un período especial de inscripción está disponible para una Persona Elegible y/o Dependiente aún si *COBRA* es elegida. Por favor esté consciente que la mayoría de los acontecimientos especiales para inscripción requieren acción dentro de los 30 días siguientes a la fecha del acontecimiento.

Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura es Cobertura Acreditable, usted puede quedarse con esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si después usted decide afiliarse al plan de medicamentos de Medicare.

GINA

La Ley de No Discriminación Genética (*GINA*, por sus siglas en inglés) prohíbe que los planes de beneficios de salud discriminen en base de información genética para la elegibilidad, primas, y contribuciones. Esto generalmente significa que empleadores privados con más de 15 empleados, su plan de salud, o “asociados de negocios” del empleador, no pueden recolectar o utilizar información genética (incluyendo el historial médico de la familia). La única excepción sería que una cantidad mínima de los resultados de una prueba genética podrían ser utilizados para tomar una determinación sobre una reclamación.

Usted debe saber que *GINA* es tratada como información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) bajo *HIPAA*. El plan tiene que informarle que un empleador no puede solicitar o requerir que usted revele si usted se ha sometido o no a pruebas genéticas. Un empleador no puede utilizar cualquier información genética para establecer tarifas o primas de contribución.

COBERTURA PARA MEDICAMENTOS PRESCRITOS Y MEDICARE

Este aviso contiene información acerca de su cobertura actual para medicamentos prescritos con su compañía y acerca de sus opciones para cobertura de medicamentos prescritos de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos prescritos de Medicare. Si está considerando afiliarse, usted debería comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos y cuál es el costo para ellos, con la cobertura y los costos de los planes de Medicare ofreciendo cobertura para medicamentos en su área. Hay dos cosas importantes que usted necesita saber acerca de su cobertura actual y la cobertura para medicamentos prescritos de Medicare:

1. A partir de 2002, la cobertura para medicamentos prescritos estaba disponible para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se afilia al Plan de Medicamentos Prescritos de Medicare o se afilia al *Medicare Advantage Plan* (como un HMO o PPO) que ofrecen cobertura para medicamentos prescritos. Todos los planes de medicamentos de Medicare proveen por lo menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare.
2. Su empleador ha determinado que la cobertura para medicamentos prescritos ofrecido por *Staffing Exchange*, en promedio para todos los participantes, se espera que NO pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos prescritos de Medicare y es por lo tanto considerado ser

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicamentos Prescritos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos prescritos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año entre el 15 de octubre hasta y el 7 de diciembre. Sin embargo, si usted pierde cobertura acreditable actual de medicamentos prescritos, por razones que no sean culpa suya, usted también será elegible para un Período de Inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para afiliarse a un plan de medicamentos prescritos de Medicare.

Para obtener más información acerca de sus Opciones bajo Medicare para cobertura de medicamentos Prescritos...

Información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos prescritos se encuentra en el manual Medicare y Usted (Medicare & You). Usted recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. Usted también podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos prescritos de Medicare. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos prescritos bajo Medicare:

Visite www.medicare.gov

Llame a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program) (vea la parte interior de la cubierta posterior de su copia del manual *Medicare & You* para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene ingreso y recursos limitados, ayuda adicional para ayudarle pagar la cobertura de medicamentos prescritos de Medicare está disponible. Para mayor información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio Web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura No Acreditable (Non-Creditable Coverage). Si usted decide afiliarse a uno de los planes de medicamentos prescritos de Medicare, puede que sea requerido proveer una copia de este aviso cuando se afilie para mostrar si ha mantenido o no cobertura no acreditable, y por lo tanto, ver si será requerido pagar una prima más alta (una multa).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso de Prácticas de Privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de “Plan” y sus derechos legales sobre su información protegida sobre la salud en manos del Plan bajo la Ley de Traspaso y Responsabilidad del Seguro Médico de

1996 (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información Económica y Clínica de Salud (Ley HITECH). Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información, de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamiento, pago, u operaciones de salud, o para cualquier otro propósito que sea permitido por la ley. Nosotros somos requeridos proveer este Aviso de Prácticas de Privacidad en conformidad con *HIPAA*.

La Regla de Privacidad *HIPAA* protege sólo cierta información médica conocida como “información protegida sobre la salud.” Generalmente, información protegida sobre la salud es información de salud, incluyendo información demográfica, recolectada de usted o creada o recibida por proveedor del cuidado de la salud, una procesadora de seguro de salud, un plan de salud, o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, donde es posible identificarle y es relacionada a:

- (1) su condición o salud física o mental pasada, presente, o futura;
- (2) las disposiciones del cuidado de salud para usted; o
- (3) los pagos anteriores, presente, o futuros para las disposiciones del cuidado de salud para usted.

Si tiene preguntas acerca de este Aviso o acerca de las prácticas de privacidad, por favor contacte su departamento de Recursos Humanos. El aviso completo de privacidad está disponible en su Departamento de Recursos Humanos.

LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA)

¿Sabía que cada estadounidense es requerido tener cobertura de seguro de salud a partir de enero de 2014? Si decide no asegurarse, usted podría estar sujeto a una multa anual.

Ahora es la inscripción abierta para el plan de salud patrocinado por su compañía. Durante el período de inscripción abierta, es el único período de tiempo durante el año, sin haber ocurrido un acontecimiento de vida calificado, que usted puede inscribirse para cobertura de salud y evitar esta multa. La cobertura que es ofrecida por medio de la compañía cumple con todos los requisitos de las regulaciones de *ACA*.

Si usted desea explorar las opciones de seguro de salud individual, a parte de las opciones ofrecidas por el/los plan(es) de salud grupales que ofrece su empleador, el intercambio federal tiene el período de inscripción abierta entre el 1 de noviembre de 2018 y el 15 de diciembre de 2018. Usted puede acceder el intercambio conectándose a www.healthcare.gov si está interesado en investigar las pólizas individuales.

Si usted renuncia la cobertura de salud durante la inscripción abierta de la compañía, usted no será elegible para inscribirse hasta el próximo período anual de inscripción abierta.

AVISO USERRA

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (*USERRA*) estableció requisitos que los empleadores deben cumplir para ciertos empleados integrados en los Servicios Uniformados. Además los derechos que usted tiene bajo *COBRA*, usted (el empleado) tiene el derecho de continuar la cobertura que usted (y sus dependientes cubiertos, si existe alguno) tuvieron bajo el Plan el plan.

Usted tiene el derecho bajo ambos, *COBRA* y *USERRA*. Sus derechos bajo *COBRA* y *USERRA* son similares, pero no idénticos. Cualquier elección que usted realice conforme a *COBRA* también será una elección bajo *USERRA* y *COBRA* y *USERRA*, aplicarán ambos para la continuación de cobertura elegida. Si *COBRA* y *USERRA* le dan diferentes derechos y protecciones, la ley que provea el mejor beneficio aplicará. Las pólizas y procedimientos descritos en el Aviso de Elección de *COBRA* también aplican a cobertura *USERRA*, a no ser que el cumplimiento con los procedimientos sea impedido por la necesidad militar o es de otro modo imposible o irrazonable bajo las circunstancias.

Definiciones

“Servicios Uniformados” (Uniformed Services) significa las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército, y la Guardia Nacional Aérea cuando un individuo forma parte del servicio activo para entrenamiento, servicio inactivo para entrenamiento, o servicio a tiempo completo para la Guardia Nacional (es decir, conforme con órdenes emitidas bajo ley federal, Cuerpos comisionados al Servicio de Salud Pública, y cualquier otra categoría de personas nombradas por el Presidente en tiempo de guerra o emergencia nacional. “Servicio de los servicios uniformados o “servicio” significa cumplimiento de un deber de manera voluntaria o involuntaria en los servicios uniformados bajo autoridad competente, incluyendo servicio activo o inactivo para entrenamiento, el servicio en la Guardia Nacional bajo estatuto federal, un período bajo el cual una persona está ausente de su empleo para un examen para determinar su aptitud para realizar estas funciones, y un período por el cual la persona está ausente de su empleo para rendir honores en funerales militares. También incluye cierto servicio debido a los asignados a responder con el Sistema de Salud para Desastres Nacional (NDMS, por sus siglas en inglés).

Duración de la Cobertura *USERRA*

Regla General: Máximo de 24 meses. Cuando una persona cubierta toma una ausencia para servicio en los servicios uniformados, cobertura *USERRA* para el empleado (y los dependientes cubiertos por los cuales se ha elegido cobertura) puede continuar hasta 24 meses a partir de la fecha del comienzo de la ausencia del empleado para ingresar en los servicios uniformados. Sin embargo, la cobertura *USERRA* terminará más temprano si uno de los siguientes acontecimientos ocurre: El pago de prima no es realizado

durante el período de tiempo requerido; Si usted no regresa al trabajo o no solicita reemplazo dentro del período de tiempo requerido bajo *USERRA* (vea abajo) después de completar su servicio en los servicios uniformados; Usted pierde sus derechos bajo *USERRA* debido a una expulsión deshonrosa u otra conducta especificada en *USERRA*.

USERRA y la FSA de Salud

Los requisitos de continuación de cobertura *USERRA* para los planes de salud aplican para la *FSA* de salud. *USERRA* no tiene reglas especiales para la *FSA* de salud. Por ejemplo, la obligación limitada de *COBRA* para ciertos planes *FSA* de salud (según descrito en el Aviso de *COBRA* adjunto) no aplican bajo *USERRA*— bajo *USERRA*, el derecho para continuar la cobertura generalmente dura hasta 24 meses (a no ser que ocurra uno de los acontecimientos descritos arriba).

La Cobertura COBRA y USERRA son concurrentes

Esto significa que la cobertura *COBRA* y *USERRA* comienzan al mismo tiempo. Sin embargo, la cobertura *COBRA* puede continuar hasta 18 meses (y podría continuar por un período más largo y está sujeta a cancelación temprana, según lo descrito en el Aviso de Elección *COBRA* adjunto). Por contraste, la cobertura *USERRA* puede continuar hasta 24 meses.

Pago de Prima para Continuar la Cobertura de USERRA

Si usted elige continuar su cobertura de salud conforme a *USERRA*, usted será requerido pagar el 102% del costo total de la prima elegida (la misma tarifa que *COBRA*), en los períodos indicados y utilizando los procedimientos especificados en el Aviso de Elección de *COBRA* adjunto. Sin embargo, si el período de su servicio uniformado es menos de 31 días, usted no es requerido pagar más que la cantidad que usted pagaría como empleado activo para esa cobertura.

Para obtener los avisos completos de los derechos bajo *USERRA*, los cuales incluyen detalles acerca de los períodos de servicios uniformados relacionados a los requisitos para presentarse a trabajar, por favor contacte a Recursos Humanos.

ASISTENCIA DE PRIMA BAJO MEDICAID Y CHIP

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (*CHIP*) y usted ese legible para

cobertura de salud por medio de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia de prima que pueda ayudar a pagar por la cobertura, utilizando los fondos de sus programas Medicaid o *CHIP*. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o *CHIP*, ustedes no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de prima, pero podrá comprar cobertura de seguro individual por medio del Mercado de Seguros (Health Insurance Marketplace). Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o *CHIP* y viven en un estado listado abajo, contacte su oficina estatal de Medicaid o *CHIP* para averiguar si asistencia de prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o *CHIP*, y usted piensa que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles cualquiera de estos programas, contacte su oficina estatal de Medicaid o *CHIP* o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar la cobertura. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que podría ayudarle paga las primas para un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia para el pago de prima bajo Medicaid o *CHIP*, además de ser elegible para el plan de su empleador, su empleador es requerido permitirle inscribirse en su plan si no está actualmente inscrito. Esto se llama una oportunidad para una "inscripción especial", y usted tiene que solicitar la cobertura dentro de los 60 días de ser determinado ser elegible para asistencia del pago de prima. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, contacte al Departamento de Trabajo (Department of Labor) en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, usted podrá ser elegible para asistencia para el pago de prima del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados a continuación fue actualizada a partir del 10 de agosto de 2017. Contacte su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

| ALABAMA – Medicaid | FLORIDA – Medicaid |
|---|---|
| Sitio Web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447 | Sitio Web: http://flmedicaidtplecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268 |
| ALASKA – Medicaid | GEORGIA – Medicaid |
| El Programa de Pago de Prima para Seguro de Salud de AK Sitio Web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx | Sitio Web: http://dch.georgia.gov/medicaid - <i>Click</i> en Health Insurance Premium Payment (HIPP) Teléfono: 404-656-4507 |
| ARKANSAS – Medicaid | INDIANA – Medicaid |

| | |
|---|--|
| Sitio Web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447) | Plan <i>Healthy Indiana</i> para adultos de bajo ingresos entre 19 y 64 Sitio Web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los otros Medicaid Sitio Web: http://www.indianamedicaid.com Teléfono 1-800-403-0864 |
| COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+) | IOWA – Medicaid |
| Health First Colorado Sitio Web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: Colorado.gov/HCPF/Child-Health-Plan-Plus CHP+ Servicio al Cliente: 1-800-359-1991/ State Relay 711 | Sitio Web: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono: 1-888-346-9562 |
| KANSAS – Medicaid | NEW HAMPSHIRE – Medicaid |
| Sitio Web: http://www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: 1-785-296-3512 | Sitio Web: http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf Teléfono: 603-271-5218 |
| KENTUCKY – Medicaid | NEW JERSEY – Medicaid y CHIP |
| Sitio Web: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: 1-800-635-2570 | Medicaid Sitio Web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio Web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710 |
| LOUISIANA – Medicaid | NEW YORK – Medicaid |
| Sitio Web: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Teléfono: 1-888-695-2447 | Sitio Web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831 |
| MAINE – Medicaid | NORTH CAROLINA – Medicaid |
| Sitio Web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 | Sitio Web: https://dma.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100 |
| MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP | NORTH DAKOTA – Medicaid |
| Sitio Web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840 | Sitio Web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: 1-844-854-4825 |
| MINNESOTA – Medicaid | OKLAHOMA – Medicaid and CHIP |
| Sitio Web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739 | Sitio Web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742 |
| MISSOURI – Medicaid | OREGON – Medicaid |
| Sitio Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005 | Sitio Web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075 |
| MONTANA – Medicaid | PENNSYLVANIA – Medicaid |
| Sitio Web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 | Sitio Web: http://www.dhs.pa.gov/proviver/medicalassistance/healthinsurance/premiumpaymenthippprogram/index.htm Teléfono: 1-800-692-7462 |
| NEBRASKA – Medicaid | RHODE ISLAND – Medicaid |
| Sitio Web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov | Sitio Web: http://www.eohhs.ri.gov/ |

| | |
|--|---|
| Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178 | Teléfono: 855-697-4347 |
| NEVADA – Medicaid | SOUTH CAROLINA – Medicaid |
| Medicaid Sitio Web: https://dwss.nv.gov/ Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900 | Sitio Web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820 |
| SOUTH DAKOTA - Medicaid | WASHINGTON – Medicaid |
| Sitio Web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059 | Sitio Web: http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-program Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473 |
| TEXAS – Medicaid | WEST VIRGINIA – Medicaid |
| Sitio Web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493 | Sitio Web: http://mywvhipp.com/ Toll-free Teléfono: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447) |
| UTAH – Medicaid y CHIP | WISCONSIN – Medicaid y CHIP |
| Medicaid Sitio Web: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Sitio Web: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669 | Sitio Web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002 |
| VERMONT– Medicaid | WYOMING – Medicaid |
| Sitio Web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427 | Sitio Web: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono: 307-777-7531 |
| VIRGINIA – Medicaid y CHIP | |
| Medicaid Sitio Web: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 CHIP Sitio Web: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm CHIP Teléfono: 1-855-242-8282 | |

Para ver si cualquier otro estado ha sido agregado al programa de asistencia para pagar la prima desde el 10 de agosto de 2017, o para obtener más información sobre los derechos especiales para inscripción, contacte cualquiera de los dos:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Papeleo

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (PRA, por sus siglas en inglés) (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona es requerida a responder a una colección de información a no ser que muestre un número válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que una agencia Federal no puede conducir ni patrocinar una colección de información a no ser que sea aprobada por OMB bajo la PRA, y muestre el número válido de control de OMB, y el público no sea requerido a responder a una colección de información a no ser que muestre un número válido de control de OMB. Veá 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona será sujeta a la multa por el hecho de no cumplir con una colección de información si no muestra un número de control válido de OMB. Veá 44 U.S.C. 3512.

El peso al sector público por esta colección de información se estima que toma en promedio aproximadamente siete minutos para cualquier persona que responda. Las personas interesadas son animadas a enviar comentarios sobre la precisión del estimado o cualquier otro aspecto de esta colección de información, incluyendo sugerencias para reducir este peso al sector público, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y reference the Número de Control OMB 1210-0137.

Número de Control OMB 1210-0137 (expira 12/31/2019)

¿PREGUNTAS? SUS CONTACTOS PARA BENEFICIOS

| Beneficio | Contacto | Teléfono | Sitio Web |
|--|-----------------------------|----------------|--|
| Información General sobre los Beneficios | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | N/A |
| Inscripción en Línea | BenefitElect | (844) 631-6104 | N/A |
| Medical | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | N/A |
| Plan de indemnización | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | N/A |
| Telemedicina | Teledoc | (844) 631-6104 | N/A |
| Medicamentos Prescritos | CastiaRx Pharmacy Solutions | (800) 546-5677 | www.CastiaRx.com |
| Voluntario Dental | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | www.companionlife.com |
| Voluntario Visión | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | www.companionlife.com |
| Seguro de Vida/AD&D Básico | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | www.companionlife.com |
| Seguro de Vida/AD&D Voluntario, STD, y Enfermedad Crítica | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | www.companionlife.com |
| Accidente | IHC | | www.ihcgroup.com |
| COBRA | SISCO Call Center | (844) 631-6104 | N/A |

Este comunicado resalta los puntos más destacados de sus planes de beneficio. Sus derechos y beneficios actuales son gobernados por los documentos oficiales del plan. Si existe alguna discrepancia entre este comunicado y los documentos oficiales del plan, los documentos del plan prevalecerán. Su empleador reserva el derecho de cambiar cualquier plan de beneficio sin notificación. Los beneficios no son una garantía de empleo.

©2019 Communication Partners, Inc. www.commpart.com