

2027

UNA GUÍA SOBRE SUS

beneficios

DEL 1.º DE ENERO AL
31 DE DICIEMBRE DE 2027



GRAHAM

LE DAMOS LA BIENVENIDA

Nos complace ofrecerle una amplia selección de beneficios valiosos para proteger a su familia, su salud y su modo de vida. En esta guía, encontrará respuestas a algunas de las preguntas básicas que puede tener acerca de sus beneficios. Léala detenidamente junto con cualquier material complementario que reciba.

Requisitos de cobertura

Usted reúne los requisitos para recibir beneficios si trabaja 30 horas semanales o más. También puede inscribir a sus familiares que reúnan los requisitos en determinados planes que elija para usted. Entre los familiares que reúnen los requisitos, se incluyen los siguientes:

- Su cónyuge legal.
- Su pareja doméstica y los hijos de esta, donde corresponda según la ley estatal.
- Sus hijos biológicos, hijastros, hijos adoptivos o hijos de los que tenga la custodia legal (pueden aplicarse restricciones de edad). Los hijos discapacitados de 26 años o más que cumplan con determinados criterios pueden continuar con su cobertura de salud.

Cuándo comienza la cobertura

- Si **esempleado nuevo**, debe completar el proceso de inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación. Si se inscribe en el plazo establecido, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. De lo contrario, NO contará con la cobertura de los beneficios (a excepción de los beneficios pagados por la compañía) hasta que se inscriba en el siguiente período de inscripción abierta anual.
- **Inscripción abierta:** Los cambios que se hagan durante la inscripción abierta tendrán vigencia desde el 1.º de enero de 2027.

Elija con cuidado

Debido a las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS), no puede modificar sus elecciones hasta el siguiente período de inscripción abierta anual, a menos que experimente un hecho de vida que califique durante el año. Los siguientes son ejemplos de los hechos de vida que califican más comunes:

- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento o adopción de un hijo.
- Hijo que alcanza el límite máximo de edad.
- Muerte del cónyuge, de la pareja doméstica o de un hijo.
- Pérdida de la cobertura del plan de su cónyuge o pareja doméstica registrada.
- Acceso a cobertura estatal a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños.

Cómo hacer cambios

Para cambiar sus elecciones de beneficios, debe comunicarse con el Departamento de Beneficios dentro de los 31 días posteriores al hecho de vida calificador (incluidos los nacimientos). Le solicitaremos documentación que respalde el hecho, como una licencia de matrimonio, un acta de nacimiento o una sentencia de divorcio. Si los cambios no se presentan dentro del plazo establecido, deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para hacerlos.

EN ESTA GUÍA

Cobertura médica

Cobertura dental

Cobertura de la visión

Cuenta de ahorros de salud (HSA)

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Beneficio para personas que se trasladan al trabajo

Seguro de vida y por AD&D

Seguro voluntario de vida y por AD&D

Seguro voluntario por incapacidad a corto plazo

Seguro voluntario por incapacidad a largo plazo

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Asistencia legal

Protección contra robo de identidad

Beneficios voluntarios

Valiosos beneficios adicionales

Costo de los beneficios

Información de contacto

INSCRIPCIÓN

Ingresa en grahamgroupus.bswift.com.

Allí encontrará información detallada sobre los planes que puede elegir e instrucciones para inscribirse.

Información solicitada: Cuando se inscriba, se le pedirá que ingrese el número de Seguro Social (SSN) de todos los dependientes cubiertos. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) le exige a la compañía presentar esta información al IRS todos los años para demostrar que usted y sus dependientes cuentan con cobertura. Esta información se presenta al IRS de manera segura, y se respeta su confidencialidad.

CONSULTE EN ESTA GUÍA



Salud

Cobertura médica
Visitas virtuales
Cobertura de medicamentos
Cobertura dental
Cobertura de la visión



Finanzas

Cuenta de ahorros de salud (HSA)
Cuenta de gastos flexibles (FSA)
Beneficios para personas que se trasladan al trabajo
Plan de jubilación 401(k)
Seguro de vida
Seguro por incapacidad
Beneficios voluntarios



Bienestar

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
Beneficios de salud mental
Ayuda para la adicción
Asistencia legal
Protección contra robo de identidad



Incentivos

Descuentos para empleados
Orientación sobre Medicare
Preparación de testamentos



Recursos

Sitio web de beneficios de Graham Group
Benefit Spot
Contactos importantes
Contribuciones al plan
Terminología



LE DAMOS LA BIENVENIDA

Sus beneficios constituyen una parte importante de su remuneración general. Nos complace ofrecerle una amplia selección de valiosos beneficios para proteger a su familia, su salud y su modo de vida. En esta guía, encontrará respuestas a algunas de las preguntas básicas que puede tener acerca de sus beneficios.

Resumen de beneficios

Cobertura	Compañía de seguros	Plan/Beneficio
Cobertura médica	Regence Group Administrators (RGA)	- Plan HDHP: deducible de \$4,000 - Plan HDHP: deducible de \$2,000 - PPO con deducible de \$1,500
	Kaiser Permanente (solo para empleados de California)	HMO con deducible de \$250
Cobertura de medicamentos	RxBenefits	Formulario de Optum Rx
Cobertura dental	DeltaCare Dental Delta Dental	- Plan DHMO - Plan DPPO: beneficio de \$2,000.
Cobertura de la visión	Ameritas	- Red de EyeMed - Red de VSP
Cuenta de ahorros de salud	HSA Bank	- Hay que estar inscrito en el plan HDHP. \$1,000 de contribución individual/\$2,000 de contribución anual del empleador a la familia
Cuenta de gastos flexibles	HSA Bank	- FSA: opción máxima de elección de \$3,400. - FSA con fines limitados: elección máxima de \$3,400 - Cuidado diurno: opción máxima de elección de \$7,500. - Beneficio para personas que se trasladan al trabajo \$325 mensual máx.
Seguro de vida y por AD&D	New York Life Insurance Company	Beneficio fijo de \$20,000
Seguro voluntario de vida y por AD&D	New York Life Insurance Company	- Empleado: Incrementos de \$10,000, hasta \$500,000. - Cónyuge: Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000 - Hijo(s): Del nacimiento a los 6 meses \$500, 6 meses en adelante \$10,000
Seguro voluntario por incapacidad a corto plazo	New York Life Insurance Company	70 %; beneficio máximo semanal de \$3,000.
Seguro voluntario por incapacidad a largo plazo	New York Life Insurance Company	60 %, máximo mensual de \$15,000
Beneficios voluntarios	New York Life Insurance Company	- Seguro por accidente - Seguro por enfermedades graves - Seguro de indemnización por hospitalización
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	ComPsych	5 visitas presenciales
Asistencia legal	ARAG	
Protección contra robo de identidad	Aura/MetLife	
Seguro para mascotas	Fetch	

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA PAREJA DOMÉSTICA

¿Mi pareja doméstica reúne los requisitos para la cobertura?

Su pareja doméstica reúne los requisitos para la cobertura de los planes de la compañía si usted cumple uno de estos requisitos:

- Tiene una pareja doméstica registrada activa ante un organismo gubernamental.
- Ambos cumplen todos los siguientes requisitos:
 - Tienen 18 años o más y son legalmente competentes.
 - Han convivido durante al menos 12 meses.
 - No están casados con otras personas, aunque estén legalmente separados.
 - No están relacionados por sangre.
 - Tienen interdependencia financiera, que se puede demostrar por la propiedad conjunta de bienes raíces, cuentas bancarias, hipotecas, obligaciones crediticias, designaciones de beneficiarios mutuos o poderes notariales.

Los hijos dependientes de su pareja doméstica también reúnen los requisitos para la cobertura si reúnen estos requisitos:

- No están casados.
- Dependen principalmente de usted o de su pareja para su sustento.
- Viven con usted (a menos que se los exima por condición de estudiante).
- Satisfacen los requisitos del plan en cuanto a la edad, condición de estudiante e incapacidad.

Ingresos imputados e implicancias fiscales

Si agrega a su cobertura a un miembro de la familia que no se considera dependiente en virtud de la ley de impuestos federales sobre los ingresos, su parte del costo de la cobertura debe pagarse después de impuestos. Parte del costo de los beneficios que le corresponde a su empleador también se considera ingreso sujeto a impuestos, lo que se conoce como ingreso imputado.

El IRS considera la cobertura de salud para una pareja doméstica o los hijos de esta un beneficio sujeto a impuestos con ingresos imputados que están sujetos al impuesto sobre la renta federal y a cualquier otro impuesto sobre la nómina correspondiente.

Cambios en la pareja doméstica

Al inscribir a su pareja doméstica en la cobertura, usted acepta que notificará a la compañía sobre cualquier cambio en su estado civil que haría que su pareja o los hijos de esta dejen de reunir los requisitos para la cobertura. Debe presentar un aviso de cambio en la pareja doméstica dentro de los 30 días posteriores al cambio. La finalización de la cobertura de las parejas domésticas (y, en algunos casos, de los hijos de estas) no es un hecho calificador para la continuación de la cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).

Documentación obligatoria

Antes de completar su inscripción, los empleados que deseen inscribir a una pareja doméstica por primera vez deberán presentar una declaración jurada de pareja doméstica ante el Departamento de Beneficios. Comuníquese con el Departamento de Beneficios en USHRBenefits@graham.ca para obtener más información.

INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS

Períodos de inscripción

Inscripción abierta anual

Cada año calendario, la compañía lleva a cabo una inscripción abierta. Ese es el momento de reevaluar sus necesidades y elegir opciones de beneficios para el nuevo año del plan.

Inscripción de empleados nuevos y de empleados que comienzan a reunir los requisitos

Los empleados recientemente contratados o los empleados que comienzan a reunir los requisitos deben inscribirse en línea dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación o a la fecha en que comienzan a reunir los requisitos.

Entre períodos de inscripción

Generalmente, una vez que se inscribe, no puede realizar cambios en sus elecciones hasta el próximo período de inscripción abierta. Puede realizar cambios en sus elecciones de beneficios fuera del período de inscripción abierta anual SOLO si experimenta un hecho de vida calificador (QLE), según lo define el Servicio de Impuestos Internos. Los cambios de beneficios también deben ser consistentes y realizarse dentro de los 31 días posteriores al hecho de vida calificador.

Estos son algunos de los hechos de vida calificadores que pueden permitirle realizar cambios en sus beneficios:

- Cambio en el estado civil
 - Matrimonio
 - Divorcio, separación legal, anulación
 - Muerte del cónyuge
- Cambio en el cumplimiento de los requisitos
 - Salida de licencia o reincorporación de una licencia
 - Cambio en el horario o estado laboral que le hace reunir o no los requisitos
 - Cambio en el cumplimiento de los requisitos de un miembro de la familia
- Cambio en la cantidad de hijos que reúnen los requisitos de elegibilidad
 - Nacimiento, adopción o muerte de un hijo
 - Hijo que pasa a reunir los requisitos para la cobertura del plan o deja de reunirlos
- Obtención de una opción de beneficio o pérdida de cobertura
 - Nuevas elecciones de cobertura realizadas durante la inscripción anual del empleador
 - Vencimiento de su cobertura o la cobertura de un miembro de su familia (en virtud de la ley COBRA) proporcionada por otro empleador
 - Cumplimiento de los requisitos de Medicare o Medicaid para usted o los miembros de su familia
 - Pérdida de la cobertura para usted o los miembros de su familia de un plan del gobierno o una institución educativa



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre los hechos de vida calificadores.





SALUD



COBERTURA MÉDICA

Plan HDHP con HSA

El plan HDHP con HSA (plan de salud con deducible alto, con cuenta de ahorros de salud), que se ofrece a través de Regence Group Administrators, es un plan de seguro que generalmente ofrece primas más bajas y deducibles más altos. El aspecto destacado de este plan es que le permite abrir una HSA, que es una cuenta de ahorros personal con beneficios impositivos con la que puede ahorrar dinero antes de impuestos para pagar cualquier gasto autorizado relacionado con la salud (pueden aplicarse normas tributarias del estado). Esto incluye la mayoría de los servicios y la atención médica, los medicamentos con receta, los servicios dentales y de la visión, y demás gastos para alcanzar el deducible del plan. Para obtener una lista completa de los gastos autorizados relacionados con la salud, consulte la [Publicación 502](#).

Para obtener más información sobre la HSA, consulte las páginas 22 y 23 de esta guía de beneficios.

Las personas con planes HDHP suelen pagar menos cada mes, pero pagan más en gastos médicos anuales antes de que su póliza de seguro comience a pagarlos. Puede acudir al médico, hospital o proveedor de atención de salud que quiera, pero ahorrará más si acude a los que forman parte de la red.

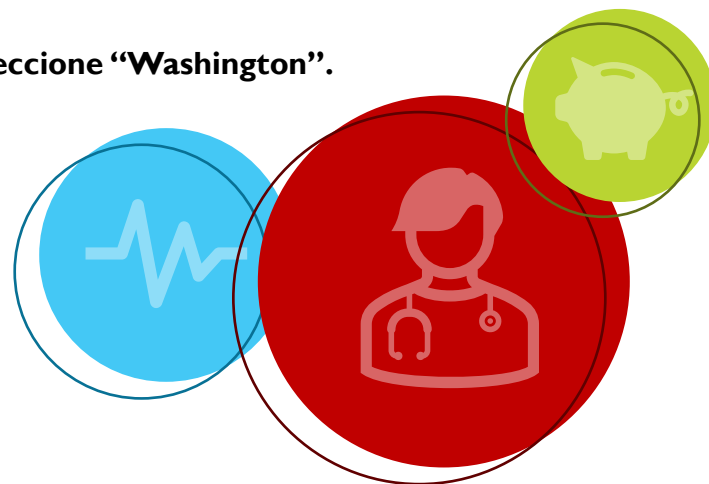
Cómo se pagan los servicios

- Usted paga el costo total de los servicios no preventivos de atención de salud y los medicamentos con receta hasta que alcanza el deducible anual. El deducible no aplica para los servicios de atención preventiva de rutina dentro de la red y los medicamentos de la lista de medicamentos preventivos.
- Una vez que alcanza el deducible anual, usted paga un porcentaje de los gastos de atención de salud (coseguro), y el plan cubre el resto.
- Cuando el deducible y el coseguro alcanzan el desembolso máximo, este plan cubre el costo total de los servicios autorizados de atención de salud durante el resto del año.

Para encontrar un proveedor dentro de la red, ingrese en accessrga.com y seleccione “Washington”.

Luego, seleccione el botón “RGA Member Login” (Inicio de sesión de miembros de RGA)

en la parte superior de la página para acceder a todas las opciones de búsqueda.



COBERTURA MÉDICA

Planes PPO

Con el plan de organización de proveedores preferidos (PPO), que se ofrece a través de Regence Group Administrators (RGA), tiene la libertad de atenderse con el proveedor que elija. Sin embargo, podrá maximizar los beneficios y reducir los costos de desembolso si elige un proveedor de la red.

Un plan PPO ofrece una red de clínicas, hospitales y profesionales de atención de salud que aceptaron brindar sus servicios a tarifas con descuento. Estos proveedores preferidos se consideran “dentro de la red”. En general, usted paga menos por servicios dentro de la red que por servicios fuera de la red.

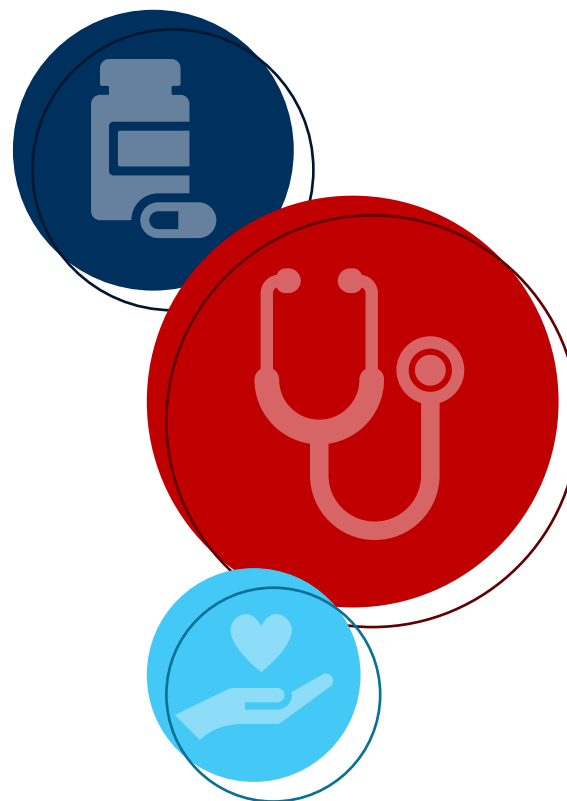
Cómo se pagan los servicios

- Usted paga un monto fijo en efectivo (o copago) por tratamientos y servicios de atención de salud cubiertos, como visitas al consultorio del médico y medicamentos con receta.
- Una vez que alcanza el deducible anual, paga un porcentaje (o coseguro) del costo de la visita y el plan cubre el resto.
- Una vez que alcanza el desembolso máximo anual, el plan cubre el 100 % del costo de los servicios cubiertos durante el resto del año.

Para encontrar un proveedor dentro de la red, ingrese en accessrga.com y seleccione “Washington”. Luego, seleccione el botón “RGA Member Login” (Inicio de sesión de miembros de RGA) en la parte superior de la página para acceder a todas las opciones de búsqueda.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video en el que se comparan los distintos tipos de planes médicos.



COBERTURA MÉDICA

HMO - Solo para empleados en California

El plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), que se ofrece a través de Kaiser Permanente, cuenta con una red de proveedores y hospitales que hacen descuentos en sus servicios. Con este plan, deberá elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red participante de proveedores para que coordine sus necesidades de atención de salud, lo remita a especialistas (si es necesario) y apruebe tratamientos médicos adicionales. No se cubren los servicios que se reciban fuera de la red del plan HMO, salvo en casos de atención médica de emergencia. En el caso de los planes HMO, el costo de la prima y de los desembolsos suele ser bajo, siempre que acuda a proveedores de la red del plan.

Cómo se pagan los servicios

- Usted paga un monto fijo en efectivo (o copago) por los servicios que reciba de su médico de atención primaria.
- Debe obtener una remisión para recibir tratamiento de especialistas fuera de la red y para realizarse ciertos tipos de exámenes y procedimientos. **Nota:** Por lo general, las mujeres no necesitan una remisión para consultar a un obstetra o ginecólogo para recibir atención de rutina.
- Si acude a un proveedor fuera de la red del plan HMO, deberá pagar el 100 % del costo de los servicios que reciba.

Para buscar un proveedor dentro de la red, visite kp.org.

Luego, seleccione el botón “Sign in” (Iniciar sesión) en la parte superior de la página para acceder a todas las opciones de búsqueda.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video en el que se comparan los distintos tipos de planes médicos.



COBERTURA MÉDICA

A continuación se ofrece una descripción general de las opciones de planes médicos. Para obtener información detallada de la cobertura, consulte la Descripción resumida del plan (SPD). **Nota:** Los deducibles y desembolsos máximos son válidos por año calendario.

Beneficios principales	REGENCE GROUP ADMINISTRATORS (RGA)			
	HDHP 4K + HSA (Opción 1)		HDHP 2K + HSA (Opción 2)	
	Dentro de la red	Fuera de la red ¹	Dentro de la red	Fuera de la red ¹
Deducible (individual/familiar)	\$4,000 ² /\$8,000	\$10,000 ² /\$20,000	\$2,000 ² /\$4,000	\$5,000 ² /\$9,000
Desembolso máximo (individual/familiar)	\$8,000 ³ /\$16,000	\$20,000 ³ /\$40,000	\$4,000 ³ /\$8,000	\$10,000 ³ /\$20,000
Visitas al consultorio (médico/especialista)	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Atención preventiva de rutina	Sin cargo	50 %*	Sin cargo	50 %*
Visitas virtuales (MD Live/Telehealth)	Copago de \$10/20 %*	Sin cobertura/50 %*	Copago de \$10/20 %*	Sin cobertura/50 %*
Servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio y radiografías)	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Servicios de imágenes complejas	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Servicios de quiropraxia	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Servicios de ambulancia	20 %*		20 %*	
Sala de emergencias	20 %*		20 %*	
Centro de atención urgente	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Hospitalización	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Cirugía ambulatoria	20 %*	50 %*	20 %*	50 %*
Examen de audición (1 por año calendario)	Sin cargo	50 %*	Sin cargo	50 %*
Dispositivos auditivos	20 %* (\$5,000 cada 3 años calendario)		20 %* (\$5,000 cada 3 años calendario)	

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

* Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.

1. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar cualquier cargo que supere el monto máximo permitido.
2. El deducible no está integrado. Esto significa que el deducible familiar debe cumplirse antes de que el plan comience a pagar el coseguro de cualquier miembro de la familia.
3. El desembolso máximo está integrado. Esto significa que, cuando un miembro de la familia alcanza su desembolso máximo, los gastos de dicho miembro están cubiertos al 100 %.

COBERTURA MÉDICA

A continuación se ofrece una descripción general de las opciones de planes médicos. Para obtener información detallada de la cobertura, consulte la Descripción resumida del plan (SPD). **Nota:** Los deducibles y desembolsos máximos son válidos por año calendario.

Beneficios principales	REGENCE GROUP ADMINISTRATORS (RGA)		KAISER PERMANENTE
	Planes PPO		HMO - Solo para empleados en California
	Dentro de la red	Fuera de la red ¹	Dentro de la red
Deducible (individual/familiar)	\$1,500/\$3,000	\$3,000/\$6,000	\$250/\$500
Desembolso máximo (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$10,000/\$20,000	\$1,500/\$3,000
Visitas al consultorio (médico/especialista)	Copago de \$40/\$60	50 %*	Copago de \$20/Copago de \$30
Atención preventiva de rutina	Sin cargo	50 %*	Sin cargo
Visitas virtuales (MD Live/Telehealth)	Copago de \$10/Copago de \$40 (PCP) o \$60 (especialista)	Sin cobertura/50 %*	Sin cargo
Servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio y radiografías)	20 %	50 %*	Copago de \$10
Servicios de imágenes complejas	20 %	50 %*	Copago de \$75
Servicios de quiropraxia	Copago de \$40	50 %*	Copago de \$15
Servicios de ambulancia	20 %*		Copago de \$100
Sala de emergencias	Copago de \$250 + 20 %*		Copago de \$100
Centro de atención urgente	Copago de \$60	50 %*	Copago de \$20
Hospitalización	20 %*	50 %*	Copago de \$300*
Cirugía ambulatoria	20 %*	50 %*	Copago de \$300*
Examen de audición (1 por año calendario)	Sin cargo	50 %*	Sin cobertura
Dispositivos auditivos	20 %* (\$5,000 cada 3 años calendario)		Sin cobertura

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

* Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.

1. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar cualquier cargo que supere el monto máximo permitido.
2. El deducible está integrado. Esto significa que, una vez que un miembro de la familia alcanza su deducible individual, el plan comienza a pagar el coseguro de ese miembro en particular.
3. El desembolso máximo está integrado. Esto significa que, cuando un miembro de la familia alcanza su desembolso máximo, los gastos de dicho miembro están cubiertos al 100 %.

ATENCIÓN PREVENTIVA

¿Qué es la atención preventiva?

La atención preventiva regular puede ayudarlo a mantenerse saludable, a detectar problemas a tiempo y, en algunos casos, hasta puede salvar vidas. La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), requiere que algunos servicios de atención preventiva se presten sin costo, copago o coseguro. Todos los planes médicos cubren servicios de atención preventiva, como pruebas de detección, vacunas y exámenes. Cuando acude a proveedores dentro de la red, no tiene que preocuparse por ningún costo de desembolso por servicios de atención preventiva. Si acude a un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar un deducible y gastos fuera de la red.

Comparación entre atención preventiva y de diagnóstico

La atención preventiva suele realizarse por precaución. Por ejemplo, si su médico le recomienda hacerse una colonoscopia debido a su edad o antecedentes familiares, este examen se considera atención preventiva. Si, en cambio, le recomienda una colonoscopia para investigar los síntomas que tiene, esto se considera atención de diagnóstico, y usted debe afrontar el costo compartido del plan.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre la atención preventiva.



VISITAS VIRTUALES

INSCRITOS A RGA

MDLive

Nuestro programa de telesalud ofrece un modo práctico y asequible de obtener asesoramiento médico rápido sobre muchas afecciones que no son de emergencia, ya sea por teléfono o en línea. Es solo una forma más en que nuestra organización invierte en usted y su familia.

¿Por qué se recomienda el servicio de telesalud?

Es asequible

Una visita a la sala de emergencias, a un centro de atención urgente o a un consultorio médico puede costarle fácilmente cientos de dólares en costos de desembolso. Una llamada al programa de telesalud tiene un costo fijo: \$10 tanto en el plan PPO como en el HDHP, independientemente de la enfermedad que necesite tratar.

Es práctico

Las largas esperas en la sala de emergencias, un centro de atención urgente o un consultorio médico son una realidad desafortunada para muchos. Ya sea que esté en su casa, en el trabajo o de viaje, un profesional médico está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para brindarle atención en el momento y en el lugar que a usted le resulte conveniente. Lo mejor de todo es que la consulta no tiene un límite de tiempo, lo que le permitirá hacer todas las preguntas necesarias y resolver el problema.

Es fácil de usar

¡Un profesional médico de telesalud está a solo una llamada, un clic o un toque de distancia! Llame al 877-596-8826 o visite accessrga.com.

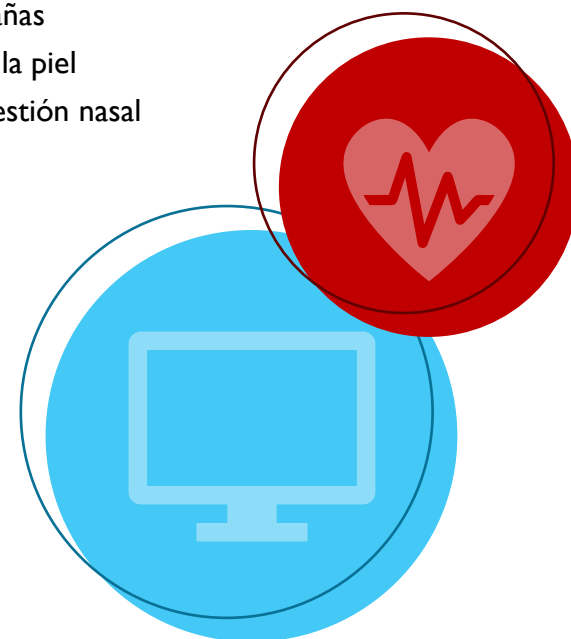
[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el servicio de telesalud.

Reciba atención en minutos

Ingresa sus antecedentes médicos en línea solo toma unos minutos. Una vez que envía una solicitud de atención, un médico suele devolverle la llamada en menos de 10 minutos.

Razones comunes para llamar:

- Alergias
- Problemas de ansiedad
- Problemas de espalda
- Bronquitis
- Resfrío y síntomas gripales
- Infecciones en el oído
- Diarrea o constipación
- Dolores de cabeza y migrañas
- Sarpullido y problemas de la piel
- Dolor de garganta o congestión nasal
- Esguinces y torceduras
- Infecciones urinarias



VISITAS VIRTUALES

SOLO INSCRITOS A KAISER (SOLO PARA CALIFORNIA)

Atención virtual de Kaiser

Nuestro programa de atención virtual es una forma cómoda y rentable de obtener asesoramiento médico rápido por teléfono, en línea o en su dispositivo móvil sobre muchas afecciones que no sean de emergencia. Es solo una forma más en que nuestra organización invierte en usted y su familia.

¿Por qué se recomienda el servicio de telesalud?

Es asequible

Una visita a la sala de emergencias, a un centro de atención urgente o a un consultorio médico puede costarle fácilmente cientos de dólares en costos de desembolso. Una llamada a nuestro programa de visitas virtuales no le costará nada, independientemente de su afección.

Es práctico

Las largas esperas en la sala de emergencias, un centro de atención urgente o un consultorio médico son una realidad desafortunada para muchos. Ya sea que esté en su casa, en el trabajo o de viaje, un profesional médico está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para brindarle atención en el momento y en el lugar que a usted le resulte conveniente. Lo mejor de todo es que la consulta no tiene un límite de tiempo, lo que le permitirá hacer todas las preguntas necesarias y resolver el problema.

Es fácil de usar

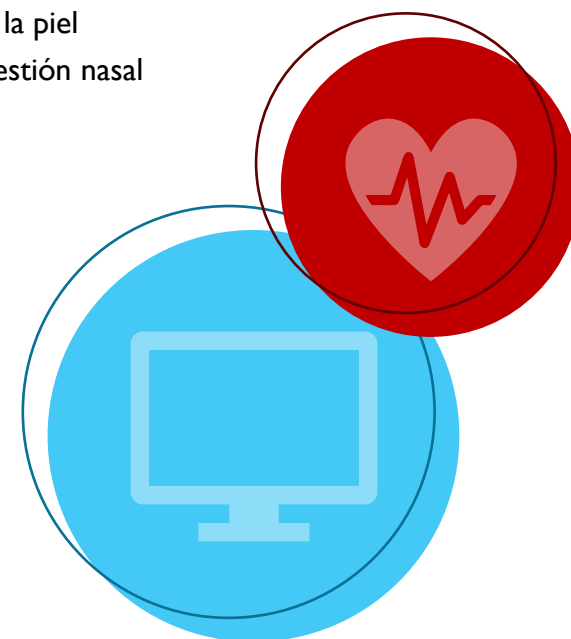
¡Un profesional médico de visitas virtuales está a solo una llamada, un clic o un toque de distancia! Llame al 866-454-8855 en el norte de California, al 833-574-2273 en el sur de California o visite kp.org/getcare

Reciba atención en minutos

Una vez que envía una solicitud de atención, un médico suele devolverle la llamada en menos de 10 minutos.

Razones comunes para llamar:

- Alergias
- Problemas de ansiedad
- Problemas de espalda
- Bronquitis
- Resfrío y síntomas gripales
- Infecciones en el oído
- Diarrea o constipación
- Dolores de cabeza y migrañas
- Sarpullido y problemas de la piel
- Dolor de garganta o congestión nasal
- Esguinces y torceduras
- Infecciones urinarias



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el servicio de telesalud.



COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA



[Haga clic](#) aquí para mirar un video sobre la cobertura de medicamentos con receta.

Farmacia minorista

Cuando surte una receta en una farmacia minorista participante, puede comprar un suministro máximo para 30 días. Debe presentar su tarjeta de identificación y realizar el pago correspondiente en la farmacia. La mayoría de las principales farmacias forman parte de nuestra red de farmacias del plan. Para encontrar una farmacia participante en su área, ingrese en www.optumrx.com o llame al (800) 334-8134.

Programa de medicamentos de especialidad

En el caso de una afección médica infrecuente o compleja (por ejemplo, cáncer, hepatitis, hemofilia, artritis reumatoide o VIH), el uso adecuado de medicamentos de especialidad puede ser fundamental para mantener o mejorar la salud y la calidad de vida del paciente. Usamos el Programa OptumRx para que nuestros miembros puedan acceder a estos medicamentos de manera asequible. Ofrece apoyo especializado y enfocado a personas con afecciones médicas complejas que suelen requerir varias terapias con medicamentos de especialidad.

Ahorre en medicamentos

Solicite medicamentos genéricos

Puede ahorrar dinero si compra medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos tengan el mismo nivel de calidad, concentración, pureza y estabilidad que tienen los medicamentos de marca. La próxima vez que necesite un medicamento con receta, pídale a su médico que le recete un medicamento genérico, cuando esté disponible y sea adecuado.

Use el servicio de órdenes por correo

Si necesita medicamentos de forma regular para una afección crónica o a largo plazo, como la artritis o la diabetes, puede ahorrar dinero usando el servicio de órdenes por correo de su plan.

Beneficios principales	REGENCE GROUP ADMINISTRATORS (RGA)			
	HDHP 4K + HSA (Opción 1)		HDHP 2K + HSA (Opción 2)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible para medicamentos con receta	Se aplica el deducible de la cobertura médica.	Se aplica el deducible de la cobertura médica.	Se aplica el deducible de la cobertura médica.	Se aplica el deducible de la cobertura médica.
Farmacia minorista (suministro para 30 días)				
Nivel 1	20 %*		20 %*	
Nivel 2				
Nivel 3				
Nivel 4				
Farmacia de orden por correo (suministro para 90 días)				
Nivel 1	20 %*	Sin cobertura	20 %*	Sin cobertura
Nivel 2				
Nivel 3				
Nivel 4				

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

* Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.



COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA



[Haga clic](#) aquí para mirar un video sobre la cobertura de medicamentos con receta.

Farmacia minorista

Cuando surte una receta en una farmacia minorista participante, puede comprar un suministro máximo para 30 días. Debe presentar su tarjeta de identificación y realizar el pago correspondiente en la farmacia. La mayoría de las principales farmacias forman parte de nuestra red de farmacias del plan. Para encontrar una farmacia participante en su área, ingrese en www.optumrx.com o llame al (800) 334-8134.

Programa de medicamentos de especialidad

En el caso de una afección médica infrecuente o compleja (por ejemplo, cáncer, hepatitis, hemofilia, artritis reumatoide o VIH), el uso adecuado de medicamentos de especialidad puede ser fundamental para mantener o mejorar la salud y la calidad de vida del paciente. Usamos el Programa OptumRx para que nuestros miembros puedan acceder a estos medicamentos de manera asequible. Ofrece apoyo especializado y enfocado a personas con afecciones médicas complejas que suelen requerir varias terapias con medicamentos de especialidad.

Ahorre en medicamentos

Solicite medicamentos genéricos

Puede ahorrar dinero si compra medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos tengan el mismo nivel de calidad, concentración, pureza y estabilidad que tienen los medicamentos de marca. La próxima vez que necesite un medicamento con receta, pídale a su médico que le recete un medicamento genérico, cuando esté disponible y sea adecuado.

Use el servicio de órdenes por correo

Si necesita medicamentos de forma regular para una afección crónica o a largo plazo, como la artritis o la diabetes, puede ahorrar dinero usando el servicio de órdenes por correo de su plan.

Beneficios principales	REGENCE GROUP ADMINISTRATORS (RGA)		KAISER PERMANENTE
	Planes PPO		HMO - Solo para empleados en California
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red
Deducible para medicamentos con receta	\$150/\$450		Ninguno
Farmacia minorista (suministro para 30 días)			
Nivel 1	\$20		\$10
Nivel 2	\$40*		\$30
Nivel 3	\$60*		\$30
Nivel 4	\$150*		\$100
Farmacia de orden por correo (suministro para 90 días/suministro para 100 días)			
Nivel 1	\$40	Sin cobertura	\$20
Nivel 2	\$80*		\$60
Nivel 3	\$120*		\$60
Nivel 4	N/C		N/C

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

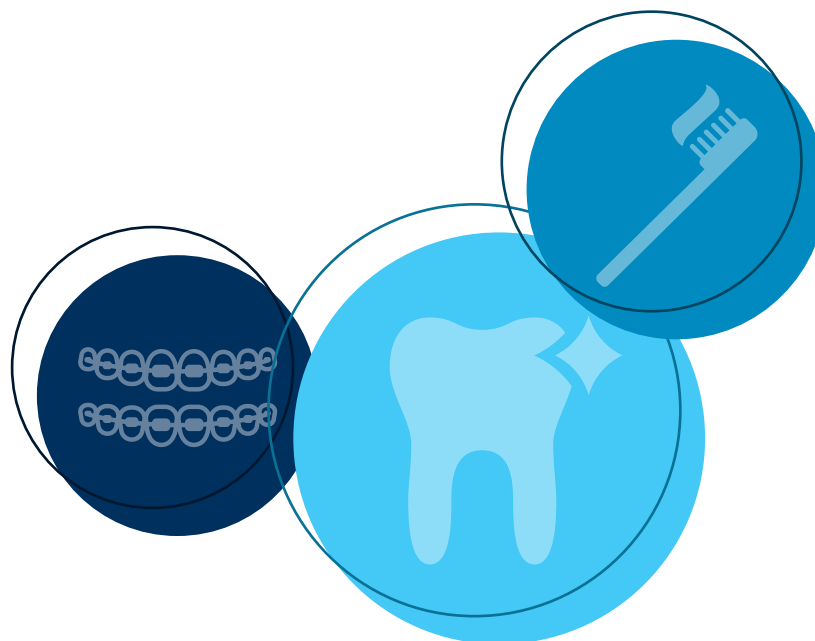
* Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.

COBERTURA DENTAL

Plan HMO

Con el plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), que se ofrece a través de Delta Dental, usted elige un proveedor dental primario para que se encargue de su atención. No se cobran cargos para la mayoría de los servicios preventivos; no se requieren formularios de reclamo ni deducibles. Se aplican cargos reducidos y preestablecidos a otros servicios.

Para encontrar un proveedor de la red, ingrese [en deltadentalins.com/deltacare](https://deltadentalins.com/deltacare). Desplácese hacia abajo hasta “Find a Dentist” (Buscar un dentista) e ingrese su dirección o código postal. En “Choose your network” (Elegir red), seleccione “DeltaCare”.



COBERTURA DENTAL

Planes PPO

Con el plan dental de organización de proveedores preferidos (PPO), que se ofrece a través de Delta Dental, tiene la libertad y la flexibilidad de atenderse con el dentista que elija. Sin embargo, podrá maximizar los beneficios y reducir los costos de desembolso si elige un dentista que forme parte de la red de Delta Dental PPO.

Para encontrar un proveedor de la red, ingrese en deltadentalwa.com. Seleccione “Online tools” (Herramientas en línea) y “Find a Dentist” (Buscar un dentista).



COBERTURA DENTAL

A continuación se ofrece una descripción general de las opciones de planes dentales. Para obtener información detallada de la cobertura, consulte la Descripción resumida del plan (SPD). **Nota:** Los deducibles y los beneficios máximos anuales son válidos por año calendario.

Beneficios principales	DeltaCare HMO	Plan PPO de Delta Dental	
	Solo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red ¹
Deducible (individual/familiar)	Ninguno	\$50/\$150	
Beneficio máximo anual (por persona)	Ninguno	\$2,000	
Servicios preventivos	Sin cargo (para la mayoría de los servicios)	Sin cargo	
Servicios básicos	Copago según el tipo de servicio	20 %*	
Servicios de mayor complejidad	Copago según el tipo de servicio	50 %*	
Servicios de ortodoncia	Basado en copagos: cubre a adultos y niños.	50 %* a \$2,000 para adultos y niños	

Los porcentajes de coseguro y los montos de copago que se muestran en el cuadro anterior representan lo que el miembro debe pagar.

* Para los beneficios con asterisco (*), se requiere haber alcanzado el deducible antes de que el plan comience a pagar.

1. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar cualquier cargo que supere el monto máximo permitido.
2. Los servicios preventivos no se tienen en cuenta para calcular el beneficio máximo anual.



COBERTURA DE LA VISIÓN

Su visión es una parte fundamental de su salud general y un componente clave de la seguridad. Con este plan, que se ofrece a través de Ameritas, puede atenderse con el proveedor que elija. Sin embargo, podrá maximizar los beneficios y reducir los costos de desembolso si elige un proveedor de EyeMed o la red de VSP. Si decide consultar a un proveedor fuera de la red, tendrá que pagarle al proveedor la totalidad del costo en el momento de la visita y enviar un formulario de reclamo para solicitar el reembolso hasta el monto permitido por el plan.

Recibir beneficios de un proveedor de la red es tan fácil como programar una cita con el proveedor que elija de la lista de proveedores. Dicho proveedor coordinará todas las autorizaciones necesarias que usted proporcione en sus datos de membresía.

Se ofrecen descuentos especiales en servicios no cubiertos, como pares de anteojos adicionales, opciones de lentes especiales y cirugía LASIK.

Para encontrar un proveedor de la red, ingrese en [EyeMedvisioncare.com](https://www.eyemedvisioncare.com) o [vsp.com](https://www.vsp.com)

A continuación se ofrece una descripción general de las opciones de planes de la visión. Para obtener información detallada de la cobertura, consulte la Descripción resumida del plan (SPD).

Beneficios principales	Ameritas EyeMed				Ameritas Plan de VSP			
	Red de EyeMed		Reembolso fuera de la red		Red de VSP Choice		Reembolso fuera de la red	
Examen (una vez cada 12 meses)	Copago de \$10		Hasta \$35		Copago de \$10		Copago de \$10, con cobertura de hasta \$45	
Copago de materiales	Copago de \$20		N/C		Copago de \$20		Copago de \$20	
Marcos (una vez cada 24 meses)	Estándares: Hasta \$200	De seguridad: N/C	Estándares: Hasta \$90	De seguridad: N/C	Estándares: Hasta \$200	De seguridad: Hasta \$65	Estándares: Hasta \$90	De seguridad: Hasta \$25
Lentes (una vez cada 12 meses)								
Monofocales	Estándares: Sin cargo después del copago por materiales		Hasta \$25	N/C	Anteojos estándares y de seguridad: Sin cargo después del copago por materiales		Anteojos estándares y de seguridad: Hasta \$30	
Bifocales			Hasta \$40	N/C			Estándares: hasta \$50	De seguridad: hasta \$45
Trifocales			Hasta \$55	N/C			Estándares: hasta \$65	De seguridad: hasta \$60
Lentes de contacto (una vez cada 12 meses; en lugar de anteojos)								
Medicamentos necesarios	Sin cargo		Hasta \$200		Sin cargo		Hasta \$210	
Optativos	Hasta \$150		Hasta \$144		Hasta \$150		Hasta \$144	



FINANZAS



CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

El plan HDHP ofrece una cuenta de ahorros de salud (HSA) a través de HSA Bank. A través de la HSA, podrá ahorrar dinero antes de impuestos para ayudar a compensar el deducible anual y pagar los gastos autorizados de atención de salud.

Cómo funciona la HSA

- Usted puede realizar contribuciones de dinero antes de impuestos a la HSA mediante deducciones automáticas de la nómina, o bien después de impuestos, que podrá deducir al declarar impuestos.
- The Graham Group contribuye los siguientes montos anuales a su cuenta HSA para ayudarla a crecer:
 - \$1,000 de contribución individual/\$2,000 de contribución familiar del empleador por año (prorrateado por período de pago).
- Puede cambiar el monto de las contribuciones en cualquier momento del año.
- Puede retirar fondos libres de impuestos de la HSA para pagar los gastos autorizados de atención de salud o ahorrarlos para el futuro, también libres de impuestos. Los fondos sin utilizar se transfieren de un año al otro y son suyos, aunque cambie de plan médico o de empleo.

Nivel de cobertura	2027
Individual	\$4,500
Familia	\$9,000
Contribuciones de actualización	\$1,000



[Haga clic aquí](#) para ver un video sobre los límites de las HSA.



CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

Aspectos más importantes de la HSA

Ventaja impositiva triple

- Usted contribuye fondos antes de impuestos mediante convenientes deducciones de nómina, lo que significa que el dinero se deduce de su salario antes del cálculo del impuesto sobre el ingreso. Por lo tanto, conserva una porción mayor del salario.
- Los fondos de la HSA se acumulan libres de impuestos, y los fondos sin utilizar se transfieren de un año a otro. Por lo tanto, cuanto más ahorre, más crecerá su cuenta, al igual que una cuenta de ahorro bancaria.
- Si necesita los fondos de la HSA, puede retirarlos, sin tener que pagar impuestos, para cubrir gastos autorizados de atención de salud presentes y futuros, incluso cuando se jubile.

Control

El dinero de la HSA es suyo y usted lo administra. Usted decide si quiere gastarlo y cómo gastarlo. Puede usarlo para pagar visitas médicas, medicamentos con receta, aparatos, anteojos e incluso la cirugía de corrección ocular láser.

Oportunidades de inversión

Una vez que alcanza y mantiene un límite mínimo, puede hacer inversiones para acumular dinero libre de impuestos.

Potencial para ahorrar

La HSA es como un “plan de salud 401(k)”. No se aplica la norma “utilice los fondos o los pierde”. A medida que transfiere el dinero no utilizado de un año a otro, este se acumula.

Transferibilidad

La HSA es suya de por vida. Puede gastar o ahorrar el dinero, incluso si cambia de plan de salud¹, se jubila o deja la compañía.

Gastos autorizados de atención de salud

- Gastos médicos, dentales y de la visión autorizados no cubiertos por los planes, según lo define el IRS en la [Publicación 502](#).
- Primas de cobertura según la ley COBRA.
- Gastos y seguro de atención a largo plazo que reúnen los requisitos.
- Primas del seguro de salud si recibe una compensación por desempleo.
- Primas de Medicare y del seguro de salud para jubilados (salvo las primas del seguro complementario de Medicare).
- Primas del seguro de Medigap.

Notas importantes

- Debe cumplir ciertos requisitos para tener una HSA: a) debe tener al menos 18 años, b) debe tener cobertura de un plan HDHP autorizado, c) no debe estar inscrito en Medicare y d) no debe figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona. Para obtener más información, consulte la [Publicación 969](#) del IRS.
- Los hijos adultos deben figurar como dependientes en su declaración de impuestos para que sus gastos médicos puedan pagarse o reembolsarse con fondos de la HSA.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona una HSA.

1. Para poder contribuir a una HSA, usted debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto que reúna los requisitos del IRS.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Las cuentas de gastos flexibles (FSA), proporcionadas a través de HSA Bank, son cuentas con beneficios fiscales que pueden ayudar a cubrir ciertos gastos de desembolso autorizados. Cada cuenta funciona casi de la misma manera, pero exige diferentes requisitos de elegibilidad, lista de gastos autorizados y límites de contribución. Usted puede elegir inscribirse en las siguientes cuentas:

	FSA para atención de salud (HCFSA)	FSA con fines limitados (LPFSA)	FSA para cuidado de dependientes (DCFSa)
Requisitos de elegibilidad	Debe estar inscrito en el plan PPO de RGA \$1,500 o el plan HMO de Kaiser Permanente \$250 (solo California). La inscripción en una HCFSa lo descalifica para hacer o recibir contribuciones a la HSA	Debe estar inscrito en el plan HDHP 4k o HDHP 2k	Disponible para todos los empleados que reúnen los requisitos
Ejemplos de gastos autorizados	• Coseguro • Copagos. • Deducibles • Tratamiento dental • Exámenes de la vista/anteojos. • Cirugía de ojos LASIK. • Ortodoncia • Medicamentos con receta	• Coseguro solo para cobertura dental y de la visión. • Deducibles solo para cobertura dental y de la visión. • Tratamiento dental • Exámenes de la vista/anteojos. • Cirugía de ojos LASIK. • Ortodoncia	• Cuidado de un hijo dependiente menor de 13 años a cargo de niñeras, guarderías, escuelas preescolares o centros de cuidado diurno • Cuidado de miembros de la familia que son incapaces física o mentalmente de cuidar de sí mismos y reúnen los requisitos como dependientes suyos a los fines de impuestos federales
Límite de contribución anual	\$3,400	\$3,400	\$7,500 por familia (o \$3,750 por persona si está casado y declara impuestos por separado)

Normas importantes de las FSA

Debido a que las FSA pueden proporcionarle una gran ventaja tributaria, se deben administrar de conformidad con las normas específicas del IRS:

- **Debe inscribirse todos los años para participar.**
- **HCFSa:** Los fondos sin utilizar de hasta \$680 de un año pueden transferirse al año siguiente. Los fondos transferidos no afectan ni compensan el monto que usted puede contribuir anualmente. Los fondos sin utilizar superiores a \$680 **no** se devuelven ni se transfieren al año siguiente.
- **LPFSA:** Este tipo de cuenta puede utilizarse solo para gastos dentales y de la visión autorizados.
- **DCFSa:** Los fondos sin utilizar **NO** se devuelven ni se transfieren al año siguiente.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona una FSA.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video en el que se compara una HSA con una FSA.



BENEFICIOS PARA PERSONAS QUE SE TRASLADAN AL TRABAJO

Este programa, proporcionado a través de HSA Bank, le permite ahorrar dinero antes de impuestos para compensar el costo de transporte y estacionamiento, reduciendo así los gastos de traslado generales. A través de deducciones automáticas de la nómina, usted reserva dinero antes de impuestos en una cuenta de beneficios para personas que se trasladan al trabajo, reduciendo sus ingresos sujetos a impuestos y los impuestos sobre el ingreso, y recibiendo más dinero en su salario.

	Transporte	Estacionamiento
Límite mensual	\$325	\$325
Ejemplo de gastos autorizados	• Autobús • Tren de cercanías • Transbordador • Metro • Camioneta compartida	• Estacionamiento en el lugar de trabajo o cerca de él • Estacionamiento en estación de tránsito



[Haga clic aquí](#) para mirar un video en el que se explica cómo funcionan los beneficios para personas que se trasladan al trabajo.

* Los límites indicados en este documento corresponden al año 2027.



CUENTA DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN 401(K)

Según los expertos, usted debe proponerse tener ahorrado entre un 70 % y un 80 % de su ingreso previo a la jubilación en el momento de jubilarse. Con la ayuda del plan 401(k), ofrecido a través de Empower, puede ayudar a asegurar su futuro financiero. Ya sea que le falte mucho o poco para jubilarse, el momento de ahorrar es ahora.

Aspectos básicos

- El plan 401(k) es una cuenta de ahorros con ventajas impositivas que le permite ahorrar para la jubilación.
- Puede contribuir fondos antes o después de impuestos a través de deducciones automáticas de la nómina.
- Puede invertir fondos mediante una combinación de acciones, bonos y dinero en efectivo para que el monto en la cuenta se acumule más rápido.
- El monto máximo que puede contribuir depende de los límites anuales establecidos por el IRS. También se permiten contribuciones de actualización a partir de los 50 años de edad. Consulte el cuadro a continuación para obtener más detalles.

Contribuciones equivalentes del empleador y adquisición de derechos

Para ayudar a que el dinero en la cuenta aumente, realizamos contribuciones equivalentes, según se indica en el siguiente cuadro:

	Monto de contribución para 2027
Contribuciones equivalentes del empleador	Contribución equivalente del 100 % para el 1.º 4 %
Contribución de actualización	Para personas de 50 a 59 años y para las de 64 en adelante: \$7,500* Para personas de 60 a 63 años: \$11,250*.
Límite de contribución anual	\$23,500*
Máxima contribución posible	Para personas de 50 a 59 años y para las de 64 en adelante: \$31,000* Para personas de 60 a 63 años: \$34,750*

Usted adquiere el derecho pleno a sus contribuciones de inmediato.

Opción Roth 401(k)

Además del plan 401(k) tradicional, la compañía también ofrece una opción Roth 401(k). A diferencia de un plan 401(k) tradicional, usted aporta fondos después de impuestos, lo que significa que el dinero que ingresa en la cuenta ya ha estado sujeto a impuestos. Una vez que se jubile, los retiros que haga de su cuenta estarán exentos de impuestos, siempre que:

- El retiro sea una distribución autorizada.
- Haya sido titular de la cuenta durante al menos cinco años.
- El retiro se efectúe por incapacidad, por fallecimiento o una vez cumplidos los 59 años y medio.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona un plan de jubilación.



SEGURO DE VIDA

El seguro de vida a través de New York Life Insurance Company les otorga a sus beneficiarios un beneficio tras su muerte, mientras que el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le otorga a usted un beneficio en caso de que sufra un accidente cubierto que provoque un desmembramiento (como la pérdida de una mano, un pie o un ojo). En caso de que muera debido a un accidente cubierto, se pagarán los beneficios correspondientes al seguro de vida y al seguro por AD&D.

Seguro básico de vida y por AD&D (pagado por el empleador)

Nivel de cobertura	Monto del beneficio
Empleado	\$20,000

Seguro voluntario de vida y por AD&D (pagado por el empleado)

Si determina que necesita más que la cobertura del seguro básico, puede adquirir un seguro adicional para usted y sus familiares que reúnen los requisitos.

Nivel de cobertura	Monto del beneficio	Monto de emisión garantizada
Empleado	Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 o cinco (5) veces el salario anual, el monto que sea menor	\$200,000
Cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000 o el 50 % del beneficio del empleado, el monto que sea menor	\$25,000
Hijo(s)	Desde el nacimiento hasta los 6 meses: \$500 A partir de los 6 meses de edad: \$10,000	\$10,000

Nota: Durante el período en que reúne los requisitos por primera vez, usted puede recibir cobertura hasta los límites de emisión garantizada sin tener que presentar evidencia de asegurabilidad (EOI), es decir, información sobre su salud. Tenga en cuenta que los montos de cobertura para los que se requiere EOI recién entran en vigor cuando los aprueba la compañía de seguros.

INGRESO IMPUTADO

El ingreso imputado es el valor de la compensación o los beneficios no monetarios que le proporciona la compañía, como las primas del seguro de salud y la cobertura del seguro de vida. Aunque estos beneficios no se reciben en efectivo, se consideran parte de su paquete de compensación general y están sujetos a impuestos.

En virtud de la ley fiscal federal, si la cobertura total del seguro de vida básico pagado por la compañía supera los \$50,000, la prima que se paga por dicha suma se considera ingreso imputado y se agregará a sus ganancias según el formulario W-2. Usted debe pagar impuestos federales, estatales y de la Seguridad Social sobre esta suma.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el seguro de vida.

SEGURO POR INCAPACIDAD

El seguro por incapacidad, proporcionado a través de New York Life Insurance Company, le ofrece beneficios que reemplazan parte de los ingresos que no recibe cuando no puede trabajar debido a una lesión o una enfermedad cubiertas.

Seguro voluntario por incapacidad a corto plazo

Este beneficio se ofrece a una tarifa de grupo asequible.

Beneficio	70 % del salario básico
Beneficio semanal máximo	\$3,000
Cuándo comienza el beneficio	Después de 14 días de incapacidad
Cuándo finaliza el beneficio	11 semanas

Seguro voluntario por incapacidad a largo plazo

Este beneficio se ofrece a una tarifa de grupo asequible.

Beneficio	60 % del salario básico
Beneficio máximo mensual	\$15,000
Cuándo comienza el beneficio	Después de 90 días de incapacidad
Cuándo finaliza el beneficio	Hasta la edad normal de jubilación indicada por el Seguro Social



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el seguro por incapacidad.



PROGRAMAS PÚBLICOS DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR REMUNERADA Y LICENCIA POR INCAPACIDAD

Los empleados que viven en uno de los estados o distritos mencionados a continuación pueden reunir los requisitos para recibir la cobertura por incapacidad o la cobertura por licencia familiar del estado. Los beneficios proporcionados por el estado serán administrados y pagados por el estado de acuerdo con las leyes estatales y pueden brindarse de manera simultánea con la licencia familiar y médica (FMLA) y con un seguro por incapacidad a corto plazo (STD). Los empleados son responsables de solicitar participar en estos programas ante las agencias estatales correspondientes. **Nota:** La cantidad de estados que ofrecen cobertura por incapacidad y por licencia familiar remunerada puede cambiar en cualquier momento.

- [Seguro por incapacidad del estado de California](#)
- [Licencia familiar remunerada de California](#)
- [Seguro de licencia familiar y médica remunerada de Colorado](#)
- [Licencia familiar y médica remunerada de Connecticut](#)
- [Licencia familiar y médica remunerada de Massachusetts](#)
- [Beneficios por incapacidad temporal de Nueva Jersey](#)
- [Seguro de licencia familiar de Nueva Jersey](#)
- [Ley de beneficios por incapacidad de Nueva York](#)
- [Licencia familiar remunerada de Nueva York](#)
- [Seguro de licencia familiar y médica remunerada de Oregón](#)
- [Seguro por incapacidad temporal de Rhode Island](#)
- [Licencia médica y familiar remunerada de Washington](#)
- [Licencia médica y familiar remunerada de Washington D.C.](#)



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Seguro por accidente

Con el seguro por accidente a través de New York Life Insurance Company, puede amortiguarse el impacto financiero de una lesión accidental mediante el pago de un beneficio que lo ayudará a cubrir los costos de desembolso inesperados relacionados con el tratamiento de la lesión. Algunos accidentes, como la fractura de una pierna, pueden parecer sencillos: visita al médico, le toman una radiografía, le ponen un yeso y descansa hasta sanar. Sin embargo, el tratamiento por la fractura de una pierna puede costar miles de dólares. Cuando lleguen sus facturas médicas, sentirá alivio de contar con un seguro por accidente.

El seguro por accidente le paga un beneficio fijo en efectivo directamente a usted cuando sufre una lesión cubierta en relación con un accidente, como esguinces o fracturas. Algunos ejemplos de gastos cubiertos son:

- Visita al consultorio del médico
- Exámenes de diagnóstico
- Tratamiento de rehabilitación de una pierna fracturada
- Sesiones de fisioterapia

Seguro por accidente en la práctica

Situación	Abed se quebró una pierna en un accidente de bicicleta.
Beneficios cubiertos	• Visita al consultorio del médico • Exámenes de diagnóstico • Tratamiento de rehabilitación de una pierna fracturada • Sesiones de fisioterapia
Pago total que recibe el empleado de manera directa	Plan 1: \$2,075 Plan 2: \$2,800



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el plan de seguro por accidente.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Seguro por enfermedades graves

Aproximadamente la mitad de los adultos estadounidenses afirman que no pueden pagar una factura médica inesperada de \$500 sin endeudarse.¹ Con el seguro por enfermedades graves a través de New York Life Insurance Company, no se endeudará. Este beneficio le paga directamente a usted un beneficio fijo en efectivo en forma de suma total cuando le diagnostican una enfermedad cubierta, como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. Puede usar este beneficio como quiera, incluso para ayudar a pagar lo siguiente:

- Gastos básicos en aumento
- Medicamentos con receta
- Gastos de transporte

Seguro por enfermedades graves en la práctica

Situación	Britta tuvo un ataque cardíaco mientras rastrillaba hojas.
Beneficios cubiertos	Diagnóstico de ataque cardíaco
Pago total directo que recibe el empleado	100 %



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el plan de seguro por enfermedades graves.



1. Kaiser Family Foundation. "Americans' Challenges with Health Care Costs" (Desafíos de los estadounidenses con los costos de atención de salud). Kaiser Family Foundation, www.kff.org/health-costs/issue-brief/americans-challenges-with-health-care-costs.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Seguro de indemnización por hospitalización

Cuando es necesario hospitalizar a un ser querido, lo mejor para la familia es concentrarse en el bienestar de esa persona y no estresarse por la hospitalización, que, en promedio, puede costar \$3,025 por día.¹ La indemnización hospitalaria, proporcionada a través de New York Life Insurance Company, le paga un beneficio fijo en efectivo directamente a usted cuando experimenta:

- Admisión hospitalaria
- Hospitalizaciones
- Hospitalización en la unidad de cuidado intensivo

Seguro de indemnización por hospitalización en la práctica

Situación	Craig fue hospitalizado tras sufrir un accidente automovilístico.
Beneficios cubiertos	• Admisión hospitalaria • Hospitalización • Hospitalización en unidad de cuidado intensivo
Beneficio total pagado directamente al empleado	\$1,600



[Haga clic aquí](#) para mirar un video en el que se explica cómo funciona un plan de indemnización por hospitalización.



1. Kaiser Family Foundation. "Expenses per Inpatient Day" (Gastos por día de hospitalización). Kaiser Family Foundation, www.kff.org/health-costs/state-indicator/expenses-per-inpatient-day.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Seguro para mascotas

Su mascota es un miembro de la familia y merece ser tratada como tal. Usted tiene acceso a tarifas con descuento en un seguro para mascotas para ayudar a cubrir los costos de los servicios veterinarios. Desde visitas de rutina hasta emergencias, tenga la tranquilidad de saber que su mejor amigo puede recibir la atención que necesita sin gastar una fortuna.

El seguro para mascotas, proporcionado a través de Fetch, reembolsa la totalidad o parte del costo de los gastos por servicios veterinarios cubiertos, ya sea como un porcentaje del costo o sobre la base de una lista de montos establecidos. Puede acudir al veterinario que prefiera y personalizar la cobertura para satisfacer sus necesidades.

¿Qué cubre este seguro?

La cobertura depende del plan que elija. A continuación se presentan ejemplos de servicios que pueden tener cobertura (consulte los detalles del plan para verificarlos).

Accidentes, enfermedades y más:

- Exámenes veterinarios y de diagnóstico.
- Hospitalización y cirugías.
- Atención especializada y en casos de emergencia.
- Medicamentos con receta para animales.
- Tratamiento de enfermedades graves y enfermedades hereditarias.
- Atención permanente de enfermedades crónicas.
- Respuesta ante desastres.

Atención preventiva:

- Exámenes de rutina y vacunas.
- Medicamentos preventivos.
- Esterilizaciones y castraciones.
- Limpiezas dentales.

Exclusiones:

- Enfermedades preexistentes.
- Procedimientos cosméticos.
- Lesiones causadas por crueldad o negligencia.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona el seguro para mascotas.

¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener más información, visite [el sitio web Fetch](#).

Si tiene preguntas, comuníquese con Fetch al (800) 212-2698.



BIENESTAR

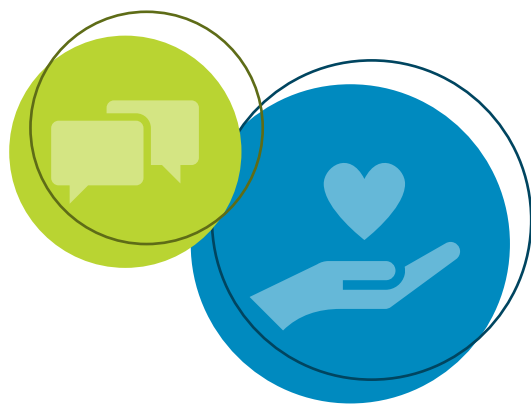


PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

La vida está llena de desafíos y a veces es difícil lograr un equilibrio. Nos enorgullece ofrecer un programa confidencial dedicado a respaldar la salud emocional y el bienestar de nuestros empleados y sus familias. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) se ofrece SIN COSTO a través de ComPsych.

Estos son algunos asuntos con los que el EAP puede ayudar:

- Salud mental
- Conflictos maritales o en relaciones sentimentales
- Consumo de sustancias.
- Cuidado de niños y adultos mayores.
- Duelo y pérdida
- Problemas legales o financieros.



Beneficios del EAP

- Asistencia para usted y los familiares que vivan con usted.
- 5 asesoramientos en persona, por video y dirigidos por el miembro.
- Acceso ilimitado a un número gratuito y recursos en línea.
- Acceso al Centro de Servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Incentivos y descuentos.

¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener más información, visite

www.compsych.com

Si tiene preguntas, comuníquese con ComPsych al

800-851-1714.



**[Haga clic aquí](#) para mirar un video
sobre cómo funciona el EAP.**



BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

ÚNICAMENTE INSCRITOS A RGA



Para la salud mental general:

- Estrés, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, problemas para dormir, problemas de identidad, traumas, dolor por la pérdida de un ser querido, problemas de relaciones, problemas crónicos, consumo de sustancias, vida saludable, entre otros temas.

Talkspace ofrece varias opciones de tratamiento virtual para la salud mental, como terapia en línea, asesoramiento, herramientas de autoayuda, psicoterapia y manejo de medicamentos. Es para miembros de 13 años de edad en adelante.

Visite [talkspace.com/partnerinsurance](https://www.talkspace.com/partnerinsurance). Estados donde está disponible: Los 50 estados.



Trastorno obsesivo-compulsivo

NOCd ofrece terapia para el trastorno obsesivo-compulsivo a través de sesiones con un terapeuta especializado con licencia. Es para miembros de 6 años de edad en adelante.

Visite [nocd.com](https://www.nocd.com). Llame al (312) 766-6780. Estados donde está disponible: WA, OR, ID, UT.



Para la salud mental general:

- Estrés, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, problemas para dormir, problemas de identidad, traumas, dolor por la pérdida de un ser querido, problemas de relaciones, problemas crónicos, consumo de sustancias, vida saludable, entre otros temas.

AbleTo Therapy+ ofrece atención de salud mental a través de un programa de terapia en línea de ocho semanas de duración. Las sesiones son individuales, con un terapeuta con licencia. Las herramientas digitales ofrecen apoyo extra. Es para miembros de 18 años de edad en adelante.

Visite [ableto.com](https://www.ableto.com). Llame al (866) 287-1802. Estados donde está disponible: WA, OR, ID, UT.



BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

SOLO INSCRITOS A KAISER (SOLO PARA CALIFORNIA)

Los miembros pueden recibir ayuda con la depresión, la ansiedad, el estrés, la adicción y la salud mental o emocional, sin una derivación para atención de salud dentro de Kaiser Permanente.

Comparta sus inquietudes con cualquier persona de su equipo de atención en cualquier momento y ellos pueden ponerlo en contacto con el apoyo que necesita, que incluye:

TERAPIA INDIVIDUAL O GRUPAL

Con múltiples opciones que se adaptan a tu viaje.

MEDICAMENTOS

Para controlar una afección diagnosticada.

RECURSOS DE AUTOCUIDADO

Incluyendo coaching de bienestar y más.

APLICACIONES DE BIENESTAR MENTAL¹

Para el estrés, el sueño y los hábitos saludables.



Visite kp.org/choosekp y vaya a "Aproveche las herramientas que promueven su salud".



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre salud mental.



AYUDA PARA TRATAR ADICCIONES

ÚNICAMENTE INSCRITOS A RGA

Boulder	eleanor health	charlie health	Hazelden Betty Ford Foundation
Trastornos por abuso de sustancias: • Trastorno por abuso de opioides (OUD). • Trastorno por abuso de alcohol (AUD).	Trastorno por abuso de sustancias: • Para la salud mental general.	• Traumas • Trastorno por abuso de sustancias: • Apoyos para personas de la comunidad LGBTQ. • Atención ambulatoria intensiva. • Terapia dialéctico-conductual.	Trastorno por abuso de sustancias: • Tratamiento para la salud mental.
Boulder Care ofrece tratamiento virtual para trastornos por consumo de sustancias, a través de terapias asistidas con medicamentos, asesoramiento entre pares, coordinación de la atención y otras herramientas que favorecen la recuperación. Es para miembros de 18 años de edad en adelante.	Eleanor Health ofrece apoyo presencial y virtual a través de terapias asistidas con medicamentos, servicios de psiquiatría, terapia y asesoramiento, y orientación para lograr la recuperación. Es para miembros de 18 años de edad en adelante.	Charlie Health ofrece tratamientos intensivos ambulatorios, tanto presenciales como virtuales. Es para miembros de 12 a 30 años de edad.	Hazelden Betty Ford ofrece atención presencial y virtual: programas ambulatorios sumamente intensivos y terapias asistidas con medicamentos. Es para miembros de 18 años de edad en adelante.
Visite boulder.care. Llame al (866) 347-9635. Estados donde está disponible: WA, OR, ID, UT.	Visite eleanorhealth.com. Llame al (866) 323-2596. Estado donde está disponible: WA.	Visite charliehealth.com. Llame al (866) 540-1828. Estados donde está disponible: WA, OR, ID, UT.	Visite hazeldenbettyford.org. Llame al (877) 361-9611. Estados donde está disponible: WA y OR.



PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DOLOR

ÚNICAMENTE INSCRITOS A RGA

Omada Health

¡Mantenga a raya los dolores musculares y articulares! Gracias a Omada Health, no tiene que recurrir a costosas opciones quirúrgicas o de medicamentos para aliviar el dolor muscular y articular. La terapia de ejercicio físico virtual de Omada Health es una solución fácil, eficaz y personalizada que le permitirá recuperarse.

Cuando se inscriba en el programa de terapia, obtendrá lo siguiente:

- La oportunidad de reunirse con un fisioterapeuta con licencia para que le haga una evaluación inicial y elabore un plan de atención.
- Un programa de terapia personalizado con ejercicios y estiramientos que el fisioterapeuta le asignará para hacer a su propio ritmo.
- Consultas por video con su fisioterapeuta durante todo el tratamiento, para que responda sus dudas y le ayude a establecer objetivos.

Para obtener más información, inicie sesión en el portal para miembros de RGA: accessrga.com. Elija “Washington” y seleccione el botón “RGA Member Login” (Inicio de sesión de miembros de RGA). Después de iniciar sesión en su cuenta de RGA, seleccione “Explore Your Benefits” (Explorar sus beneficios) y, luego, “Go to virtual physical therapy” (Ir a fisioterapia virtual).



BENEFICIOS DE SALUD FÍSICA

SOLO INSCRITOS A KAISER (SOLO PARA CALIFORNIA)

¿Con ganas de una clase de yoga o un taller de cocina? ¿Qué tal la terapia de masaje o el asesoramiento en bienestar? Cualquiera que sea su estilo, tiene beneficios convenientes para todo su proceso de salud.

RECURSOS PARA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Para mejorar su dieta, reducir el estrés, dejar de fumar o controlar una afección.

GIMNASIOS, ESTUDIOS Y MUCHO MÁS

Energícese con una membresía de fitness de One Pass Affinity.¹

ASESORAMIENTO EN BIENESTAR

Trabaje individualmente con un entrenador personal para establecer y alcanzar objetivos de salud específicos, sin costo alguno.

CLASES Y GRUPOS

Encuentra la clase perfecta para ti, en línea o en persona. Algunas clases pueden requerir el pago de una tarifa.

GAÑE RECOMPENSAS SALUDABLES

Obtenga hasta \$150 en recompensas por completar actividades sencillas y saludables.²



Visite kp.org/choosekp y vaya a "Aproveche las herramientas que promueven su salud".

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Asistencia legal a través de ARAG

Ocuparse de los asuntos legales puede ser abrumador, pero gracias al plan de asistencia legal proporcionado a través de ARAG, no pierde tiempo buscando al abogado adecuado ni gasta una fortuna en honorarios legales.

Con el plan de asistencia legal, usted, su cónyuge y los dependientes que reúnen los requisitos reciben servicios de asistencia legal totalmente cubiertos de abogados expertos. Reciba servicios legales por una gran variedad de asuntos personales, tales como:

- Asuntos penales
- Deudas
- Divorcio
- Planificación de la sucesión
- Familia
- Bienes raíces
- Reclamos en juzgados de paz
- Impuestos

Características

- **Servicios en las oficinas:** tiene acceso a una red nacional de abogados certificados que pueden brindarle asesoramiento y actuar en su nombre.
- **Asesoramiento telefónico:** puede llamar a un abogado de la red para que le brinde asesoramiento legal ilimitado y le ayude a redactar documentos, cartas o un testamento.
- **Recursos en línea:** recurra a herramientas en línea e información útil para informarse sobre temas legales y crear documentos legales válidos por su cuenta.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre cómo funciona la asistencia legal.

¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener más información, visite www.araglegal.com.

Si tiene preguntas, comuníquese con ARAG al (800) 247-4184.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Protección contra el robo de identidad a través de Aura mediante MetLife

A su identidad la componen otras cosas además de sus números de Seguro Social y calificación crediticia. Incluye el rastro de datos que deja de las transacciones financieras, así como lo que comparte en las redes sociales. Es por eso que ofrecemos protección contra el robo de identidad, proporcionada a través de Aura mediante MetLife para usted y los miembros de su familia.

Características

- Seguro contra robo de identidad de \$1 millón
- Monitoreo de la Internet oscura.
- Monitoreo de transacciones de alto riesgo.
- Monitoreo de redes sociales
- Monitoreo de direcciones IP
- Protección contra pérdida de billetera
- Reducción de solicitudes
- Alertas y monitoreo de crédito
- Notificaciones sobre filtración de datos
- Reembolso de fondos robados del plan 401(k) y la HSA



¿TIENE PREGUNTAS?

Para obtener más información, visite www.metlife.com.

Si tiene preguntas, comuníquese con Aura al (844) 931-2872.



Haga clic aquí para mirar un video sobre cómo funciona la protección contra robo de identidad.



INCENTIVOS



DESCUENTOS PARA EMPLEADOS

BenefitHub

BenefitHub es un programa exclusivo para empleados. Ofrece grandes descuentos a diario en miles de artículos: viajes, indumentaria, boletos, automóviles, electrónica, seguros, capacitación, restaurantes y mucho más. Siga estos pasos para comenzar:

- Visite mypathperks.benefithub.com.
- Use el código de referencia: **K7WEWL**.
- Complete el proceso de registro.

¿Tiene preguntas? Llame al 866-664-4621 o envíe un correo electrónico a customercare@benefithub.com.

Otro sitio web con descuentos:

RGA: accessrga.com. Elija “Washington” y, luego, seleccione el botón “RGA Member Login” (Inicio de sesión de miembros de RGA). Después de iniciar sesión en su cuenta de RGA, seleccione “Explore Your Benefits”(Explorar sus beneficios) y, luego, “Health & Wellness Discounts” (Descuentos en salud y bienestar).



ASESORAMIENTO SOBRE MEDICARE

Servicio de asesoramiento de HUB sobre Medicare

El servicio de asesoramiento de HUB sobre Medicare para adultos y adultos mayores está disponible sin costo para usted y los miembros de su familia que ya reúnen o que pronto reunirán los requisitos para tener la cobertura de Medicare. Con HUB, el miembro puede hacer lo siguiente:

- Obtener respuestas a preguntas básicas sobre la cobertura y la inscripción en Medicare.
- Recibir asesoramiento sobre cómo evitar sanciones por inscripción tardía e inconvenientes debido a la brecha de cobertura, incluida la ley COBRA.
- Comparar la cobertura actual con la de Medicare y conocer las diferencias entre ambas.
- Recibir asesoramiento sobre beneficios para jubilados.
- Recibir ayuda para comprar planes complementarios de Medicare, planes Advantage y la Parte D de Medicare.

Para obtener más información o recibir este servicio, llame al 833-482-7471 o envíe un correo electrónico a

Senior.IFP@hubinternational.com.





RECURSOS



SITIO WEB DE BENEFICIOS DE GRAHAM GROUP

Información sobre los beneficios siempre a mano

El sitio web de beneficios es el centro que concentra la información y recursos importantes sobre este tema.

Visite el sitio web sobre los beneficios para saber sobre:

- Información del plan
- Tarifas de las primas
- Detalles de la cobertura
- Avisos anuales
- Instrucciones para la inscripción
- Y otros recursos útiles para respaldar sus decisiones sobre beneficios.

Acceda al sitio web de beneficios en www.grahambuilds.com/us-benefits/ o escanee el código QR que se muestra a continuación.

Tenga en cuenta que el sitio web está protegido con contraseña. Cuando se le solicite, ingrese la contraseña: **GGUSBenefits**



BENEFIT SPOT

Información sobre los beneficios siempre a mano

Con Benefit Spot, puede obtener acceso a sus beneficios en cualquier momento y lugar, incluso cuando esté lejos del lugar de trabajo.

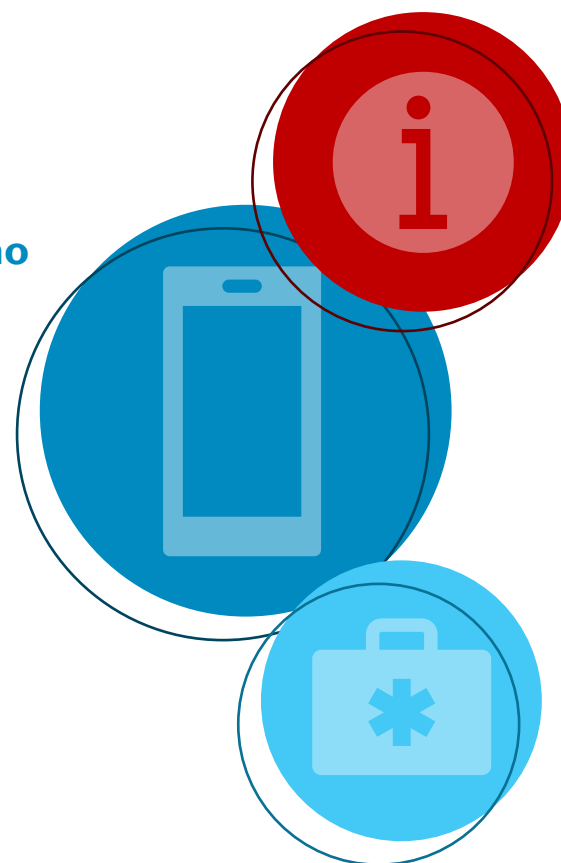
Use Benefit Spot para:

- Obtener acceso a la *Guía de beneficios*.
- Mirar videos educativos.
- Encontrar información de contacto relacionada con los beneficios.
- Calcular los costos de procedimientos de atención de salud comunes.
- Y mucho más.

Para descargar la aplicación, busque “Benefit Spot” en la App Store de Apple o en Google Play, o escanee el código QR anterior.

Cada vez que abra la aplicación, tendrá que ingresar el código “GrahamGroup” para tener acceso a la información de su plan.

(**Nota:** El código de la compañía distingue entre mayúsculas y minúsculas).



CONTACTOS IMPORTANTES

Beneficio	Compañía de seguros	Número de teléfono	Sitio web o correo electrónico
Cobertura médica	PPO: Regence Group Administrators	866-738-3924	accessrga.com
	HMO: Kaiser Permanente (solo para empleados de California)	888-901-4636	kp.org
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	Regence Group Administrators (RGA)	800-807-1370	
Visitas virtuales	MDLive	877-596-8826	accessrga.com
	Visitas virtuales de Kaiser (solo para empleados de California)		
Medicamentos con receta (inscritos a RGA)	RxBenefits (Formulario de OptumRx)	800-334-8134	member.rxbenefits.com
Cobertura dental	DHMO: DeltaCare, a través de Delta Dental	800-422-4234	deltadentalins.com/deltacare
	DPPO: Delta Dental	800-554-1907	deltadentalwa.com
Cobertura de la visión	Ameritas	800-659-2223	ameritas.com
Cuenta de ahorros de salud (HSA)	HSA Bank	800-357-6246	hsabank.com
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	HSA Bank	800-357-6246	hsabank.com
Beneficio para personas que se trasladan al trabajo	HSA Bank	800-357-6246	hsabank.com
Seguro de vida y por AD&D, y seguro por incapacidad	New York Life Insurance Company	800-225-5695	www.mynyl.newyorklife.com
Beneficios voluntarios	New York Life Insurance Company	800-225-5695	www.mynyl.newyorklife.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	ComPsych	800-851-1714	www.compsych.com
Protección contra robo de identidad	Aura mediante MetLife	844-931-2872	www.metlife.com/identity-and-fraud-protection
Asistencia legal	ARAG	800-247-4184	www.araglegal.com
Seguro para mascotas	Fetch Pet Insurance	800-212-2698	Enlace de descuento de Fetch
Plan de ahorro para la jubilación 401(k)	Empower	888-411-4015	participant.empower-retirement.com/participant/#login

AVISOS ANUALES

Puede encontrar los avisos anuales en el [sitio web de beneficios](#)

RESÚMENES DE BENEFICIOS

Puede encontrar los resúmenes de beneficios en el [sitio web de beneficios](#)

CONTRIBUCIONES DEL PLAN

MENSUAL

Las contribuciones al costo de los beneficios se deducen automáticamente de su salario. El monto dependerá del plan que escoja y de si eligió cubrir a familiares que reúnen los requisitos.

Cobertura médica

Cobertura	Contribución mensual del empleado			
	HDHP 4K	HDHP 2K	Planes PPO	Plan HMO
Empleado solamente	\$0.00	\$38.84	\$92.06	\$93.07
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$82.76	\$196.19	\$614.24
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$71.80	\$170.22	\$558.40
Empleado + familia	\$0.00	\$116.12	\$275.27	\$837.60

Cobertura dental

	Contribución mensual del empleado	
	Plan DHMO	Plan DPPO
Empleado solamente	\$0.00	\$25.45
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$51.10
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$59.97
Empleado + familia	\$0.00	\$87.52

Cobertura de la visión

	Contribución mensual del empleado	
	EyeMed	Plan de VSP
Empleado solamente	\$0.00	\$0.00
Empleado + cónyuge	\$6.32	\$7.44
Empleado + hijo(s)	\$5.58	\$6.70
Empleado + familia	\$8.68	\$9.80



CONTRIBUCIONES DEL PLAN

CADA DOS SEMANAS

Las contribuciones al costo de los beneficios se deducen automáticamente de su salario. El monto dependerá del plan que escoja y de si eligió cubrir a familiares que reúnen los requisitos.

Cobertura médica

Cobertura	Contribución del empleado cada dos semanas			
	HDHP 4K	HDHP 2K	Planes PPO	Plan HMO
Empleado solamente	\$0.00	\$17.92	\$42.49	\$42.95
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$38.20	\$90.55	\$283.50
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$33.14	\$78.56	\$257.72
Empleado + familia	\$0.00	\$53.59	\$127.05	\$386.59

Cobertura dental

	Contribución del empleado cada dos semanas	
	Plan DHMO	Plan DPPO
Empleado solamente	\$0.00	\$11.75
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$23.58
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$27.68
Empleado + familia	\$0.00	\$40.39

Cobertura de la visión

	Contribución del empleado cada dos semanas	
	EyeMed	Plan de VSP
Empleado solamente	\$0.00	\$0.00
Empleado + cónyuge	\$2.92	\$3.43
Empleado + hijo(s)	\$2.58	\$3.09
Empleado + familia	\$4.01	\$4.52



CONTRIBUCIONES DEL PLAN SEMANAL

Las contribuciones al costo de los beneficios se deducen automáticamente de su salario. El monto dependerá del plan que escoja y de si eligió cubrir a familiares que reúnen los requisitos.

Cobertura médica

Cobertura	Contribución semanal del empleado			
	HDHP 4K	HDHP 2K	Planes PPO	Plan HMO
Empleado solamente	\$0.00	\$8.96	\$21.25	\$21.48
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$19.10	\$45.27	\$141.75
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$16.57	\$39.28	\$128.86
Empleado + familia	\$0.00	\$26.80	\$63.52	\$193.29

Cobertura dental

	Contribución semanal del empleado	
	Plan DHMO	Plan DPPO
Empleado solamente	\$0.00	\$5.87
Empleado + cónyuge	\$0.00	\$11.79
Empleado + hijo(s)	\$0.00	\$13.84
Empleado + familia	\$0.00	\$20.20

Cobertura de la visión

	Contribución semanal del empleado	
	EyeMed	Plan de VSP
Empleado solamente	\$0.00	\$0.00
Empleado + cónyuge	\$1.46	\$1.72
Empleado + hijo(s)	\$1.29	\$1.55
Empleado + familia	\$2.00	\$2.26



BENEFICIO TERMINOLOGÍA

Monto permitido

Monto acordado entre el proveedor y la compañía de seguros por el servicio prestado. Casi siempre es menor que el monto facturado, por lo que los inscritos ven montos diferentes en el resumen *Explicación de beneficios (EOB)*. Por ejemplo, un proveedor puede cobrar \$120 por hora de psicoterapia, pero la compañía de seguros le paga \$95, es decir, el monto permitido para ese servicio.

Facturación de saldo

Cuando un proveedor fuera de la red le factura al miembro la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$100 y el monto permitido es \$70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes. Un proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo de los servicios cubiertos.

Beneficiario

Persona que es designada como destinataria de los pagos de una póliza de seguro.

Coseguro

Parte que el miembro paga de los costos de un servicio médico cubierto, que se calcula como un porcentaje del monto permitido para el servicio. El miembro paga un coseguro más los deducibles adeudados. Considere un ejemplo en el que el monto permitido del plan médico para un servicio médico es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible. Si el plan paga el 70 %, entonces usted debe pagar el 30 % restante, es decir, \$30.

Copago

Monto que usted debe pagar cuando consulta a un médico, retira una receta o visita un centro de atención urgente o una sala de emergencias.

Deducible

Monto que el miembro debe pagar por gastos autorizados antes de que el plan comience a pagar beneficios. Un deducible puede cobrarse por un servicio, una visita, un suministro o por año de cobertura. Por ejemplo, si su deducible individual es de \$1,500, su plan no pagará nada por ciertos servicios médicos hasta que usted haya pagado \$1,500. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios, como pueden ser los que están cubiertos por un copago.

Dependiente

Los dependientes suelen ser un familiar directo, como un cónyuge o un hijo (de hasta 26 años, según la ACA), que reúne los requisitos para incluirse en su póliza de seguro de salud. La compañía también permite que las parejas de unión civil o parejas domésticas figuren como dependientes.

FSA para cuidado de dependientes

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) está diseñada para proporcionar fondos libres de impuestos que pueden utilizarse para compensar gastos autorizados de hijos y adultos mayores dependientes. Los gastos autorizados de cuidado de dependientes incluyen gastos de guardería, cuidado antes y después de la escuela, campamentos diurnos de verano y cuidado de adultos mayores para los dependientes declarados en sus impuestos sobre el ingreso. Los fondos depositados en una FSA deben gastarse en el mismo año en que se depositan o, de lo contrario, se pierden. Esta regla con frecuencia se conoce como “utilice los fondos o los pierde”.

Examen de diagnóstico

Pruebas médicas diseñadas para establecer la presencia (o ausencia) de una enfermedad sobre las que se toman decisiones respecto del tratamiento de personas con síntomas o con pruebas de detección positivas. Se debe tener en cuenta que los exámenes de diagnóstico son diferentes de las pruebas de detección. Las pruebas de detección están diseñadas principalmente para detectar enfermedades de forma temprana o factores de riesgo de enfermedades en personas aparentemente sanas.

BENEFICIO TERMINOLOGÍA

Equipo médico duradero

Equipo y suministros indicados por un proveedor de atención de salud para uso cotidiano o extendido. El equipo médico duradero con cobertura puede incluir equipo de oxígeno, sillas de ruedas o muletas.

Gasto autorizado

Monto en el que se basa el pago de los servicios médicos cubiertos. Se lo puede llamar “monto máximo permitido”, “prestación” o “tarifa negociada”. Si su proveedor fuera de la red le cobra más que el monto permitido, es posible que usted tenga que pagar la diferencia. Consulte la definición de “facturación de saldo”.

Deducible integrado

Cuando una persona cubierta por un plan familiar alcanza el deducible individual integrado, todos los gastos cubiertos de esa persona se pagan al monto del coseguro, aun cuando no se haya alcanzado el deducible familiar. Por ejemplo, el plan PPO tiene un deducible familiar dentro de la red de \$3,000. Si un miembro de la familia alcanza el deducible individual de \$1,500, la compañía de seguros médicos pagará el 80 % de los gastos restantes dentro de la red. Cuando otro miembro o una combinación de miembros alcanzan los \$1,500 restantes, se considera que se ha alcanzado el deducible familiar integrado.

Desembolso máximo integrado

Cuando una persona cubierta por un plan familiar alcanza el desembolso máximo por persona integrado, todos los gastos cubiertos de esa persona se pagan al 100 %, aun cuando no se haya alcanzado el desembolso máximo familiar. Por ejemplo, el plan PPO tiene un desembolso máximo familiar de \$10,000. Si un miembro de la familia alcanza el desembolso máximo por persona de \$5,000, la compañía de seguros médicos pagará el 100 % de los gastos restantes dentro de la red para esa persona. Cuando otro miembro o varios miembros alcanzan el monto restante, se considera que se ha alcanzado el desembolso máximo familiar integrado.

Contribución del empleado

Monto que un empleado aporta a través de deducciones de nómina para sus beneficios médicos, de seguros y programas de ahorro.

Servicios excluidos

Servicios médicos que el plan médico del miembro no paga o cubre.

Explicación de beneficios

Cada vez que utiliza el seguro de salud, su plan de salud le envía un documento llamado *Explicación de beneficios (EOB)* o *Declaración de salud del miembro*, donde se explica cuánto puede tener que pagar. En la EOB también se indica el costo total de la atención, cuánto pagó el plan y el monto que un médico u otro profesional de la salud dentro de la red puede cobrarle a un miembro del plan (llamado el “monto permitido”). Se genera una EOB para cada reclamo de salud, incluidas las recetas. No es una factura, sino una herramienta que los miembros pueden usar para asegurarse de que no están pagando más de lo que su compañía de seguros espera que paguen por los servicios prestados.

BENEFICIO TERMINOLOGÍA

FSA para atención de salud

Financiada a través de deducciones de nómina antes de impuestos, una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención de salud es una herramienta de ahorro que le permite pagar gastos autorizados relacionados con la atención de salud con dinero antes de impuestos.

Medicamentos genéricos

Medicamentos comparables a los medicamentos de marca en cuanto a dosificación, concentración, calidad, características de rendimiento y uso previsto, conforme a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Los medicamentos genéricos casi siempre cuestan menos que sus equivalentes de marca.

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

Tipo de plan de seguro de salud que suele ofrecer primas más bajas a cambio de deducibles más altos. El deducible, que es el monto que debe desembolsar por los gastos médicos cubiertos antes de que su seguro empiece a pagar, es mayor en los HDHP que en los planes PPO tradicionales. Estos planes permiten que las personas paguen una prima mensual más baja y, en cambio, cubran una mayor parte de sus gastos médicos mediante deducibles.

Cuenta de ahorros de salud (HSA)

Plan de ahorro pagado por el empleador (y el empleado) que le reembolsa los gastos médicos de desembolso autorizados. Financiadas por el empleador y el empleado a través de deducciones de nómina antes de impuestos, las HSA solo están disponibles para las personas inscritas en un plan de salud con deducible alto que reúna los requisitos. Los saldos no utilizados no se pierden, sino que se acumulan con el tiempo.

Coseguro dentro de la red

Porcentaje que el miembro paga del monto permitido por servicios médicos cubiertos a los proveedores que tienen contrato con su compañía de seguros. El coseguro dentro de la red cuesta menos que el coseguro fuera de la red.

Proveedor de la red

Centros, médicos y proveedores que nuestra compañía de seguros de salud ha contratado para prestar servicios médicos. Sus gastos de desembolso son menores y no tiene que presentar reclamos si acude a un proveedor de la red participante.

Orden de medicamentos por correo

Método de entrega de medicamentos con receta que ofrece la compañía de seguros para ayudar a entregar los medicamentos de un modo más práctico y a un menor costo. A través del servicio de órdenes por correo, los miembros pueden obtener un suministro para 90 días de una sola vez, a diferencia del suministro para 30 días que se obtiene en una farmacia tradicional. Este método es más adecuado para medicamentos de mantenimiento o cualquier medicamento de administración diaria, como los anticonceptivos o medicamentos para la presión arterial, y el copago es más bajo.

Servicios o suministros médicamente necesarios

Servicios o suministros médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o los síntomas de estas que cumplen con estándares aceptados de la medicina.

Declaración de salud del miembro

Cada vez que utiliza el seguro de salud, su plan de salud le envía un documento llamado *Declaración de salud del miembro* o *Explicación de beneficios (EOB)*, donde se explica cuánto puede tener que pagar. En la *Declaración de salud del miembro* también se indica el costo total de la atención, cuánto pagó el plan y el monto que un médico u otro profesional de la salud dentro de la red puede cobrarle a un miembro del plan (llamado el “monto permitido”).

BENEFICIO TERMINOLOGÍA

Tarifa negociada

Monto en el que se basa el pago de los servicios médicos cubiertos. Se lo puede llamar “monto máximo permitido”, “prestación” o “gasto autorizado”. Si su proveedor fuera de la red le cobra más que el monto permitido, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.

Red

Centros, médicos y proveedores que nuestra compañía de seguros de salud ha contratado para prestar servicios médicos a una tarifa acordada con descuento. Sus gastos de desembolso son menores y no tiene que presentar reclamos si acude a un proveedor de la red participante.

Medicamentos de marca no preferidos

Suele tratarse de medicamentos de mayor costo recientemente lanzados al mercado. En la mayoría de los casos, existe un medicamento preferido alternativo, ya sea de marca o genérico.

Proveedor no preferido

Proveedor que no tiene contrato con su compañía de seguros de salud o plan para prestarle servicios a usted. Pagará más si consulta proveedores no preferidos.

Inscripción abierta

Período durante el cual una compañía de seguros de salud acepta solicitantes sin tener en cuenta sus antecedentes médicos.

Coseguro fuera de la red

Porcentaje que el miembro paga del monto permitido por servicios médicos cubiertos a los proveedores que no tienen contrato con su compañía de seguros de salud. El coseguro fuera de la red cuesta más que el coseguro dentro de la red. Un proveedor fuera de la red puede facturarle el saldo de los cargos que excedan el monto permitido.

Proveedor fuera de la red

Proveedor que no tiene contrato con su compañía de seguros de salud o plan para prestarle servicios a usted. El miembro paga más por acudir a un proveedor fuera de la red.

Desembolso máximo

Monto máximo que usted paga durante un período de póliza (un año calendario) antes de que el plan comience a pagar el 100 % del monto permitido. Este límite no incluye la prima ni los cargos por facturación de saldo.

Medicamento de venta libre

Medicamento que se puede comprar sin receta en una farmacia o en la mayoría de las tiendas de comestibles o de ramos generales. Por ejemplo, Benadryl, Tylenol e ibuprofeno se venden sin receta. Es lo opuesto al medicamento con receta.

Prestación

Monto en el que se basa el pago de los servicios médicos cubiertos. Se lo puede llamar “monto máximo permitido”, “tarifa negociada” o “gasto autorizado”. Si su proveedor fuera de la red le cobra más que el monto permitido, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.

BENEFICIO TERMINOLOGÍA

Autorización previa

Determinación médicamente necesaria por parte de una compañía de seguros de salud para un servicio médico, un plan de tratamiento, un medicamento con receta, un dispositivo médico o protésico, o ciertos tipos de equipo médico duradero. A veces se la llama preautorización o aprobación previa, y muchos planes la solicitan para ciertos servicios antes de que el miembro pueda recibirlos, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una promesa de pago del costo de servicios por parte del plan médico del miembro.

Medicamentos de marca preferidos

Medicamentos que no tienen equivalentes genéricos. Llevan tiempo en el mercado y son ampliamente aceptados. Cuestan más que los medicamentos genéricos, pero menos que los medicamentos de marca no preferidos.

Proveedor preferido

Proveedor que tiene contrato con su compañía de seguros de salud o plan para prestarle servicios a una tarifa acordada con descuento.

Medicamentos con receta

Medicamentos que solo se pueden obtener con receta médica. Las recetas se presentan en una farmacia (o se envían a un servicio de órdenes por correo) donde un farmacéutico con licencia las abastece. Por ejemplo, Lipitor, Vicodin y albuterol solo se pueden obtener con receta médica. Son lo opuesto al medicamento de venta libre.

Cobertura de medicamentos con receta

Cobertura que ayuda a pagar medicamentos con receta y medicamentos cubiertos en un formulario de una compañía de seguros de salud. Un formulario es la lista de medicamentos aprobados por la FDA y que están cubiertos por un plan médico. Cada medicamento se clasifica en un nivel y cada nivel determina el copago que el miembro pagará por el medicamento. Estos niveles suelen ser los siguientes: medicamentos genéricos (nivel 1), de marca preferidos (nivel 2), de marca no preferidos (nivel 3) y de especialidad.

El costo que el miembro pagará depende del nivel de medicamento que especifique el médico. Un medicamento genérico es un medicamento cuyos ingredientes activos, seguridad, dosis, calidad y concentración son idénticos a los de su equivalente de marca. Los medicamentos de marca preferidos no suelen tener un equivalente genérico, mientras que los que figuran como medicamentos de marca no preferidos sí suelen tener un equivalente genérico o de marca preferido.

El copago por medicamentos de marca preferidos que paga el miembro es menor que el copago por medicamentos de marca no preferidos porque no tiene disponible la opción genérica.

Prima (seguro)

Cargo que se paga a una compañía de seguros por proporcionar cobertura. Generalmente se comparte entre el miembro y la compañía, aunque esta última pague en su totalidad beneficios de seguro; también hay otras primas que el miembro paga por completo.

Prima (cobertura médica)

Monto que se paga por la cobertura médica. El miembro y la compañía comparten este costo, que se paga mensualmente a la compañía de seguros.

Deducción antes de impuestos

Pagos que se deducen del salario bruto del miembro antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y de Medicare, lo que reduce el salario sujeto a impuestos y la responsabilidad tributaria.

BENEFICIO TERMINOLOGÍA

Aprobación/autorización previa

Determinación médicamente necesaria por parte de una compañía de seguros de salud para un servicio médico, un plan de tratamiento, un medicamento con receta, un dispositivo médico o protésico, o ciertos tipos de equipo médico duradero. A veces se la llama preautorización, aprobación previa o precertificación, y muchos planes la solicitan para ciertos servicios antes de que el miembro pueda recibirlos, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una promesa de pago del costo de servicios por parte del plan médico del miembro.

Deducción después de impuestos

Pagos que se deducen del salario neto del miembro después de que se calculan los impuestos federales, estatales y de Medicare, lo que no afecta el salario sujeto a impuestos y la responsabilidad tributaria.

Atención preventiva

Tratamientos médicos que se realizan con la intención de prevenir un problema de salud. Por ejemplo, las vacunas y las pruebas de detección adecuadas a la edad casi siempre se consideran servicios preventivos.

Médico de atención primaria (PCP)

Médico que proporciona o coordina de manera directa una amplia variedad de servicios médicos para un paciente. Los médicos de atención primaria incluyen médicos generales, osteópatas, internistas, médicos clínicos, obstetras/ginecólogos y pediatras. Son lo opuesto a los médicos especialistas.

Proveedor

Médico, profesional de la atención de salud o centro de atención de salud, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Hecho de vida calificador (QLE)

Acontecimiento importante en la vida de un miembro que le permite realizar cambios específicos en su póliza de seguro fuera del período de inscripción abierta anual. Estos acontecimientos suelen incluir el nacimiento o la adopción de un hijo, el matrimonio, el divorcio, la muerte de un cónyuge o un cambio en el estado laboral o de seguro del cónyuge. Estos cambios en general deben realizarse dentro de los 31 días posteriores al QLE.

Período de inscripción especial

Período que le permite realizar cambios en su plan de seguro o seleccionar una nueva póliza fuera del período de inscripción abierta. Estos períodos suelen producirse debido a un QLE.

Especialista

Médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones. Es lo opuesto al médico de atención primaria. Por ejemplo, un dermatólogo se considera un especialista.

Medicamentos de especialidad

Medicamentos con receta que requieren un manejo, una administración o un control especial. Estos medicamentos se administran para tratar enfermedades crónicas complejas, como la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, la hepatitis C y la hemofilia.

Telesalud

Uso de tecnologías de telecomunicaciones a través del cual usted y su médico personal, que lo está tratando y conoce sus antecedentes médicos, pueden hablar en vivo por teléfono o videoconferencia, con cita previa, durante el horario de atención habitual. Servicios como la gestión de medicamentos, las visitas regulares y el asesoramiento en línea son particularmente adecuados para la telesalud, ya que las visitas constantes y regulares con el médico suelen mejorar los resultados.

BENEFICIO TERMINOLOGÍA

Telemedicina

Uso de tecnologías de telecomunicaciones donde usted y un médico de guardia pueden hablar en vivo (las 24 horas del día, los 365 días del año) por teléfono o videoconferencia. Los servicios que son particularmente adecuados para la telemedicina incluyen explicar síntomas, recibir un diagnóstico, conocer las opciones de tratamiento y consultar por problemas de salud menores, como conjuntivitis o dolor de garganta. Las recetas médicas también pueden facilitarse a través de la telemedicina. Tenga en cuenta que, cada vez que recurra a servicios de telemedicina, es posible que hable con un médico diferente.

Atención urgente

Enfermedad o lesión lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para que requiera atención en una sala de emergencias.

Bienestar

Conjunto de factores que hacen que una persona se encuentre saludable.



[Haga clic aquí](#) para mirar un video sobre los términos relacionados con los beneficios.

