

CAMINO A LA SALUD



Una guía para sus
beneficios de salud

EMPLEADOS DE CLIENTES



2025

THE
FEDCAP
GROUP

The Power of Possible



CAMINO
A LA
SALUD

ÍNDICE

Información de contacto	4
Elegibilidad e inscripción	5
Beneficios de salud y prestaciones sociales	7
¿Qué hay de nuevo o qué cambia para 2025?	8
Beneficios médicos	9
Beneficios dentales y oftalmológicos	13
Cuentas de gastos flexibles	15
Beneficios para viajeros frecuentes	16
Discapacidad y licencia familiar paga	17
Beneficios del seguro de vida, accidentes, de hospital y enfermedad especificada.....	22
Plan 403(b)	32
Plan legal	33
Divulgaciones legales	34

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Centro de servicios de beneficios de Fedcap

Comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al 1-866-533-3227 si tiene preguntas sobre los beneficios o si necesita ayuda con la inscripción. Los representantes de beneficios están disponibles de lunes a viernes entre las 9:00 a. m. y las 5:00 p. m., hora del este. También puede enviar preguntas por correo electrónico, en cualquier momento, a benefitsservicecenter@fedcap.org.

Beneficios/Operador	Teléfono	Sitio web	Número de grupo
Medical Anthem	800-435-1385 800-241-6894 (TDD) 833-203-1739 (CarelonRx)	www.anthem.com	720419
Línea de enfermería las 24 horas Anthem	877-825-5276	N/C	720419
LiveHealth Online Anthem	844-784-8409	www.livehealthonline.com	720419
Dental Anthem	877-606-3338	www.anthem.com	720419
Plan oftalmológico Anthem	866-723-0515	www.anthem.com	720419
Cuenta de gastos flexibles y beneficios para viajeros frecuentes Benefit Resource Inc.	800-473-9595	www.benefitresource.com (código de empresa: ID de inicio de sesión de fedcap: su contraseña completa del SSN: código postal de su domicilio)	99538164
Seguro de vida/AD&D, por discapacidad Anthem	800-813-5682	www.anthem.com o envíe un correo electrónico a Lifeanddisabilityclaims@anthem.com	720419
Manejo de licencias (FMLA y otras licencias) Anthem	888-868-7046	www.anthem.com o envíe un correo electrónico a leaveservices@anthem.com	720419
Beneficios voluntarios Anthem	800-604-5379	www.anthem.com	720419
Plan de ahorros 403(b) Mutual of America	212-224-2111	www.mutualofamerica.com Rainiel.Lopez@mutualofamerica.com	
Plan Legal MetLife	800-821-6400 Lunes - viernes: 8 a. m. a 7 p. m. Contraseña: MetLaw	www.legalplans.com (código de acceso: 1500985)	150

El contenido de este folleto de beneficios tiene fines informativos solamente y no constituye una oferta de cobertura ni asesoramiento médico o legal. Contiene solamente una descripción parcial de los beneficios del plan o del programa y no constituye un contrato. En caso de un conflicto entre el contrato de su plan y esta información, regirá el contrato de su plan. Si bien se considera que este material es preciso al momento de la fecha de impresión, está sujeto a cambios. Si tiene preguntas sobre los beneficios disponibles para usted como empleado elegible de The Fedcap Group, sírvase comunicarse con el Centro de servicio de beneficios.

Anthem administra y ofrece los beneficios de seguro médico, dental y oftalmológico, por muerte accidental y desmembramiento, por discapacidad a corto plazo, por discapacidad a largo plazo y voluntario.

Todas las marcas comerciales, los nombres comerciales o de las compañías mencionados en el presente se usan solo con fines informativos y de identificación y son de propiedad exclusiva de sus respectivos dueños.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

Para usted: Usted es elegible para los beneficios si es empleado regular de tiempo parcial o de tiempo completo que trabaja al menos 30 horas por semana. Esta elegibilidad no se aplica a la acumulación de tiempo libre pago.

Para sus dependientes. Sus dependientes son elegibles para la cobertura en la misma fecha que usted. Sus dependientes elegibles son:

- Cónyuge legal (incluida la pareja de hecho)
- Hijos de hasta 26 años, incluso hijastros, hijos adoptivos e hijos en adopción temporal (para servicios médicos, dentales y oftalmológicos)
 - Hijo discapacitado de cualquier edad (con documentación) que depende de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física que ocurrió antes de cumplir los 26 años

Para empleados nuevos, los beneficios entran en vigor:

Médico, dental, oftalmológico, cuenta de gastos flexible, viajero frecuente Discapacidad a corto plazo, plan de asistencia para empleados por discapacidad a corto plazo MetLife Legal	Primero del mes, 30 días después de la fecha de contratación
Seguro de vida/AD&D, discapacidad a largo plazo	Primero del mes, 90 días después de la fecha de contratación
Plan de ahorros 403(b)	Al momento de la inscripción y elección después de la fecha de contratación

Cuando abandone Fedcap, los beneficios terminarán:

Seguro médico, dental y oftalmológico	Fin del mes, después de su último día de empleo
Viajero frecuente	Fin del mes siguiente a su último día de empleo
Programa de asistencia al empleado	90 días después del último día de empleo
Plan de ahorros 403(b)	Último cheque de pago
Cuentas de gastos flexibles MetLife Legal Seguro de vida/AD&D, discapacidad a largo plazo, discapacidad a corto plazo	Último día de empleo

Inscripción

Nuevos empleados: Tendrá tiempo hasta su fecha de entrada en vigencia para inscribirse en sus beneficios.

Empleados actuales: Usted puede inscribirse o cambiar sus elecciones de beneficios solo durante el período anual de inscripción abierta o si atraviesa un evento de vida calificado.

Cómo inscribirse

- Visite www.fedcapgroup.org/oracle
- Ingrese a su cuenta
- Desde la página de inicio, haga clic en el icono "Beneficios"
- Vea sus beneficios en línea y haga sus elecciones

Nota: Usted puede inscribirse o cambiar sus beneficios para viajeros frecuentes o los beneficios del plan de ahorros 403(b) en cualquier momento. Si necesita ayuda con la inscripción, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al **1-866-533-3227** o envíe un correo electrónico a benefitservicecenter@fedcap.org.

Centro de servicios de beneficios de Fedcap

Agentes disponibles de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m., hora del Este:



Llame a la línea gratuita:
1.866.533.3227



Chat en vivo: Visite
<http://myteambms.com/benefitservicecenter> y haga clic en "Iniciar chat"



Correo electrónico:
benefitservicecenter@fedcap.org



Dejar un mensaje: Visite
<http://myteambms.com/benefitservicecenter> y haga clic en "Dejar un mensaje"

*Las consultas recibidas después de las 5 p. m. se responderán dentro de un día hábil.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Cómo hacer cambios durante el año

El IRS exige que las elecciones de beneficios pagados en una base antes de impuestos permanezcan vigentes durante todo el año calendario. Sin embargo, el IRS permite realizar cambios dentro de los 30 días a partir de un evento de vida que califique.

Con un evento de vida que califique, podrá agregar o cancelar la cobertura de beneficios elegidos para usted y/o sus dependientes. Algunos ejemplos de eventos de vida que califican son:

- Su casamiento, divorcio, separación legal o anulación,
- El nacimiento de un hijo, la adopción o adopción temporal de un niño u otro cambio en la cantidad de sus dependientes,
- El fallecimiento de un dependiente,
- La elegibilidad o inelegibilidad de la cobertura para su dependiente (por ejemplo, él o ella alcanza el límite de edad de elegibilidad del plan),
- Un cambio en el lugar de trabajo o la dirección de su casa, su cónyuge o sus dependientes,
- Un cambio en la cobertura a otro plan de su cónyuge o sus dependientes,
- Su calificación para una inscripción especial conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés),
- Una orden judicial recibida por el plan, como una orden de manutención médica de menores calificada (QMCSO, en inglés), o
- Su calificación, la de su cónyuge o de su dependiente para Medicare o Medicaid. Solo para este evento de vida que califique, tendrá 60 días para proporcionar documentación de apoyo.

Si necesita hacer un cambio de elección durante el año o tiene preguntas sobre qué constituye un evento de vida que califique, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o por correo electrónico a benefitsservicecenter@fedcap.org.

Términos que debe conocer

Deducible: Una suma de dinero fija (individual o familiar), durante el año calendario, que el asegurado paga de su bolsillo antes de que el asegurador comience a hacer los pagos de los servicios cubiertos.

Coseguro: Una forma de compartir costos de un plan de seguros que requiere que la persona asegurada pague un porcentaje compartido de los gastos cubiertos después de pagar el deducible, si corresponde.

Copago: Una suma fija de dinero que un proveedor de servicios de salud exige que pague el asegurado por cada receta o visita de paciente ambulatorio (en consultorio).

Máximo desembolso "de bolsillo" del asegurado: El monto máximo en dólares que un asegurado debe abonar "de su bolsillo" durante un año del plan. Después de que se llega al monto máximo, el proveedor de seguros paga el costo total de todos los gastos cubiertos elegibles.



BENEFICIOS DE SALUD Y PRESTACIONES SOCIALES

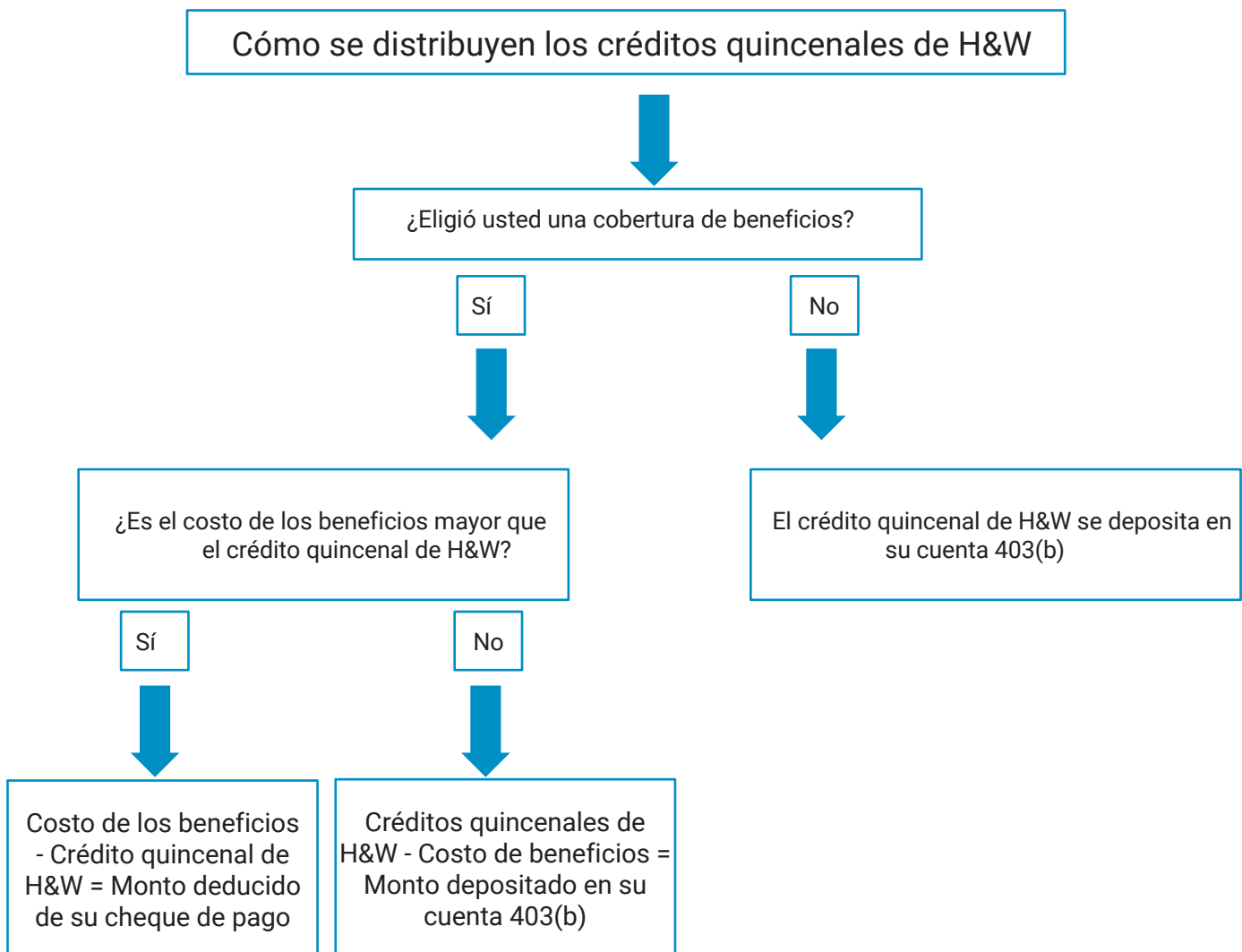
Créditos de salud y prestaciones sociales: ¿cómo obtengo créditos de salud y prestaciones sociales?

Los créditos de salud y prestaciones sociales (H&W, en inglés) se calculan en función de la cantidad definida en su contrato y la cantidad de horas elegibles que trabaja cada semana. Las horas usadas para calcular los créditos H&W para un período de pago dado siempre será un período de pago atrasado, por lo que solo se usan las horas realmente trabajadas. Algunos contratos incluyen todo tipo de horas pagadas, incluidas vacaciones, enfermedad, horas extras y horas trabajadas los fines de semana, mientras que otros no. La cantidad máxima de horas que se utiliza para calcular el crédito de H&W es de 80 horas por período de nómina.

Créditos de salud y bienestar – ¿Cómo funciona?

El costo de los beneficios que elija es elegible para ser deducido de sus créditos de H&W. Los beneficios de salud elegibles incluyen costos médicos, dentales, oftalmológicos, legales y del seguro de vida. Según su elección de beneficios, la diferencia podrá deducirse de su cheque de pago o depositarse en su cuenta de jubilación en Mutual of America. Los depósitos en Mutual of America se realizan trimestralmente. De acuerdo con las regulaciones gubernamentales, los empleados de los clientes que tengan 65 años o más y obtengan créditos de H&W deben elegir la cobertura médica de Fedcap.

El cuadro que sigue puede ayudarle a comprender sus créditos de H&W.



¿QUÉ HAY DE NUEVO O QUÉ CAMBIARÁ?

¿Qué hay de nuevo o qué cambiará en 2025?

Elegibilidad	A partir del 1 de enero de 2025, cualquier empleado de un cliente que se encuentre en estado temporal o cuyas horas de trabajo en Oracle sean inferiores a 30 horas semanales, no será elegible para recibir beneficios. Este cambio no se aplicará a los empleados cuyas horas de trabajo en Oracle actualmente sean inferiores a 30 horas semanales o estén en estado temporal y estén inscritos en los beneficios.
Licencia familiar paga	Delaware, Maine y Maryland ofrecerán licencia familiar paga a partir de 2026. Las deducciones de nómina comenzarán en 2025.
Plan médico EPO	El plan EPO consolidado reemplazará a los planes médicos actuales EPO1 y EPO2. Los inscritos recibirán una nueva tarjeta de identificación.
Estipendio de HRA	El estipendio de HRA aumentará a los siguientes montos: <ul style="list-style-type: none">- Empleado solamente: \$1,000- Empleado + Cónyuge: \$1,250- Empleado + Hijos: \$1,250- Empleado + Familia: \$1,500
Nuevos límites para 2025	Los siguientes son los nuevos límites para 2025: <ul style="list-style-type: none">- FSA de atención médica: \$3,300- Beneficios para viajeros frecuentes: \$325 por transporte y estacionamiento- 403(b): \$23,500

BENEFICIOS MÉDICOS

The Fedcap Group ofrece tres planes médicos a través de Anthem Blue Cross Blue Shield — Organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) y Organización de proveedores preferidos (PPO). Para obtener información adicional, consulte la descripción detallada del plan proporcionada por Anthem Blue Cross Blue Shield.

Anthem Características del plan	PPO		EPO	HRA3000
	Blue Access dentro de la red	Fuera de la red	Blue Access dentro de la red solamente	Blue Access dentro de la red solamente
Deducible anual individual/familiar	\$1,000/\$2,500	\$3,000/\$7,500	\$1,000/\$2,000	\$3,000/\$6,000
Coseguro plan/miembro	80%/20%	60%/40%	70%/30%	90%/10%
De su bolsillo Máximo individual/familiar	\$3,250/\$8,125 <small>(incluye deducible; todos los costos compartidos dentro de la red)</small>	\$5,000/\$12,500 <small>(incluye el deducible)</small>	\$7,150/\$14,300 <small>(todo el reparto de costos dentro de la red)</small>	\$7,150/\$14,300 <small>(incluye deducible; todos los costos compartidos dentro de la red)</small>
Examen físico anual de prevención	Cubierto al 100%	Cobertura dentro de la red solamente	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Visitas al consultorio (PCP/Especialista)	Copago de \$20/\$35	Deducible/coseguro	Copago de \$25/\$40	Deducible/coseguro
LiveHealth Online	Copago de \$0	Deducible/coseguro	Copago de \$0	Deducible/coseguro <small>(Si no se alcanza el deducible, el costo es de \$59. Si se alcanza el deducible, el costo es de \$5.90)</small>
Laboratorio y radiografías de paciente ambulatorio**	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Cubierto al 100%**	Deducible/coseguro
Exámenes MRI/MRA, CAT, PET	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Atención médica de urgencia	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$40	Deducible/coseguro
Sala de emergencias (si es admitido no se paga)	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Deducible/coseguro
Cuidado de maternidad de rutina	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Paciente hospitalizado	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Cirugía ambulatoria	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Equipo médico duradero	Deducible/coseguro	Cobertura dentro de la red solamente	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Salud mental***				
Servicios hospitalarios y ambulatorios	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
-Visitas al consultorio	Copago de \$20	Deducible/coseguro	Copago de \$25	Deducible/coseguro
-Otros servicios ambulatorios	Coseguro solamente	Deducible/coseguro	Coseguro solamente	Deducible/coseguro
Rehabilitación de corto plazo para pacientes ambulatorios (examen/evaluación)	Copago de \$20/\$35****	Cobertura dentro de la red solamente	Copago de \$25/\$40****	Deducible/coseguro

*Nota: Si se encuentra fuera del estado de Nueva York, la red de todos los planes es National PPO.

**cobertura total cuando parte de la visita en consultorio se realiza el mismo día del servicio, de lo contrario sujeto a deducible/coseguro

***los servicios de salud mental incluyen servicios de salud conductual y abuso de sustancias

****examen/evaluación solamente; otros servicios sujetos a deducible/coseguro

Acerca de LiveHealth Online

Con LiveHealth Online, usted puede ver a un médico certificado por la junta desde su casa, oficina o en cualquier lugar sin costo alguno para usted si está inscrito en EPO o PPO. Existe un cargo de \$59 si está inscrito en el plan HRA3000 y no ha alcanzado su deducible. Una vez que haya alcanzado su deducible, el cargo es de \$5.90. Cuando usted se inscribe en www.livehealthonline.com o descarga la aplicación en su teléfono inteligente o tableta, puede obtener acceso a médicos las 24 horas, los 7 días de la semana para tratar temas de salud como gripe, resfrío, conjuntivitis y más. También puede hablar con un psicólogo o terapeuta con licencia a través de un video usando LiveHealth Online Psychology cuando se sienta estresado. **Nota:** También puede llamar a LiveHealth Online al [844-784-8409](tel:844-784-8409) de 7:00 a. m. a 11:00 p. m. Debido a la legislación estatal, LiveHealth Online no está disponible en los 50 estados y algunas restricciones estatales pueden limitar la cobertura en los estados donde está disponible.

Visite <https://www.livehealthonline.com/> y haga clic en Preguntas frecuentes para ver los detalles.

Cobertura de medicamentos recetados	PPO		EPO	HRA3000
Venta minorista (suministro para 30 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Deducible por medicamentos recetados: \$100* Copago de \$10 Copago de \$35*** 20% del costo de los medicamentos recetados*** \$80 mínimo/\$400 máximo	Cubierto solo dentro de la red	Deducible por medicamentos recetados: \$100* Copago de \$10 Copago de \$35*** 20% del costo de los medicamentos recetados*** \$80 mínimo/\$400 máximo	Deducible entonces** Copago de \$10 Copago de \$35 20% del costo de los medicamentos recetados \$80 mín./\$300 máx.
Pedido por correo postal (suministro para 90 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Deducible por medicamentos recetados: \$100* Copago de \$20 Copago de \$70*** 20% del costo de los medicamentos recetados*** \$80 mínimo/\$400 máximo	Cubierto solo dentro de la red	Deducible por medicamentos recetados: \$100* Copago de \$20 Copago de \$70*** 20% del costo de los medicamentos recetados*** \$80 mínimo/\$400 máximo	Deducible entonces** Copago de \$20 Copago de \$70 20% del costo de los medicamentos recetados \$80 mín./\$300 máx.

* deducible por persona; no se aplica al nivel 1 **Combinado con el deducible por atención médica ***Después de alcanzar el deducible

Programa de medicamentos genéricos preferidos con receta

Puede ahorrar dinero al elegir un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca. Cuando su médico le recete un medicamento de marca que tenga una opción genérica, su farmacia abastecerá el medicamento de la receta con el medicamento genérico de forma automática.

Si usted prefiere el medicamento de marca en lugar de la opción genérica, pagará el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.

Cuando su médico le dé una receta para un medicamento de marca que tenga una opción genérica y escriba "dispensar tal cual está escrito", la farmacia abastecerá el medicamento de la receta con el medicamento de marca.

Asegúrese de hablar con su médico sobre los medicamentos genéricos en comparación con los de marca. Para obtener más información, visite www.anthem.com.

Programa de pedido por correo

Puede ahorrar dinero en las recetas de Nivel 1 y Nivel 2 que toma de forma rutinaria para afecciones crónicas (por ejemplo, asma, presión arterial alta, colesterol alto, etc.) al recibir un suministro de hasta 90 días entregado directamente a su hogar utilizando el Programa de entrega a domicilio. Para comenzar, llame al 1-833-203-1739. Los agentes están disponibles 24/7. Necesitará su receta, el nombre del médico, el número de teléfono, los nombres y las concentraciones de los medicamentos, y una tarjeta de crédito. Una vez que configure su entrega a domicilio, puede solicitar reabastecimientos futuros fácilmente:

- **Por teléfono 24/7:** Llame al 1-833-203-1739
- **Por correo:** Complete un formulario de pedido; luego, envíelo junto con el pago a CarelonRx Home Delivery, P.O. Box 94467, Palatine, IL 60094-4467
- **En línea:** Visite www.anthem.com, inicie sesión y elija Farmacia. En su página de farmacia personal, seleccione Ver sus recetas en Cambiar a un suministro para 90 días. Para los medicamentos que desea cambiar a entrega a domicilio, elija Cambiar a un suministro para 90 días y luego seleccione Prescriptor. También puede agregar o actualizar su dirección de envío, opciones de envío y método de pago en esta página.

Información importante sobre suministros y medicamentos para la diabetes

Si usted toma medicamentos para la diabetes y necesita suministros de diabetes, pagará un copago de \$0.

Diagnóstico de azúcar en sangre	Lancetas
Glucómetros	Tiras para análisis de orina
Jeringuillas para insulina	Torunda con alcohol

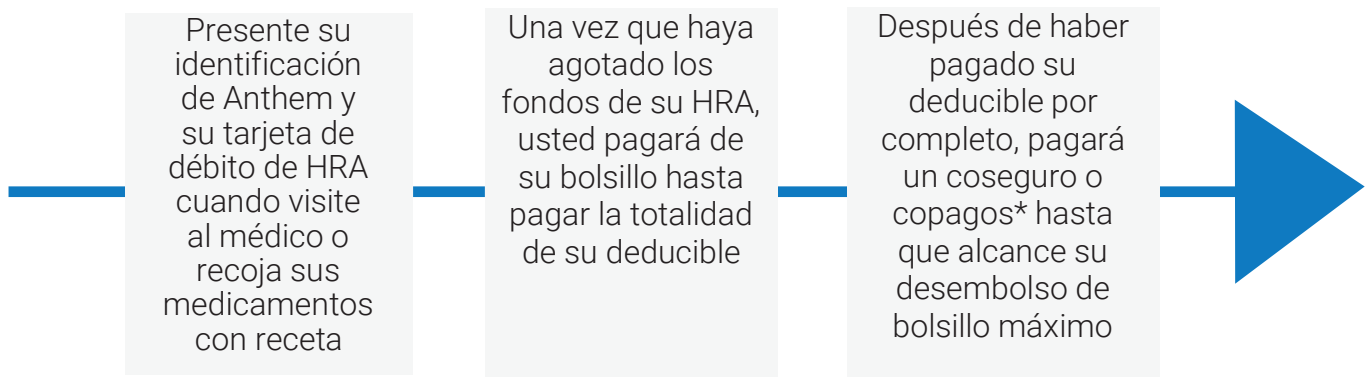
Para obtener más información sobre los medicamentos y suministros disponibles por un copago de \$0, ingrese a: www.anthem.com.

CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA)

The Fedcap Group le proporciona una cuenta de reembolso de salud (HRA) a través de Anthem. Una HRA es una cuenta con fondos del empleador que puede usar para pagar los gastos de cuidado de la salud elegibles no cubiertos por Anthem.

Este plan es solamente para utilizar dentro de la red, lo que significa que no hay cobertura si se atiende con un proveedor fuera de la red. Debe cumplir con un deducible antes de que el plan empiece a pagar los beneficios, con excepción de los servicios de atención preventiva que están cubiertos sin costo para usted. Una vez que haya cumplido con el deducible, el plan proporciona cobertura de salud tradicional a través de una red nacional de médicos y centros.

Cómo funciona la HRA con Anthem



*Los copagos aplican a medicamentos con receta solamente. Todos los demás servicios están sujetos a un coseguro después de haber cumplido con el deducible.

The Fedcap Group proporcionará un estipendio de HRA para usar para el deducible. El monto del estipendio de HRA varía según el nivel de cobertura. A partir del 1 de enero de 2025, The Fedcap Group proporcionará el siguiente monto a los participantes de HRA3000:

Nivel de cobertura	Monto del estipendio
Empleado solamente	\$1,000
Empleado + hijo(s)	\$1,250
Empleado + cónyuge	\$1,250
Empleado + familia	\$1,500

En el Plan HRA3000, el deducible se alcanza tan pronto como la persona cubierta alcanza su deducible individual para el nivel de solo empleado, o cuando una o más personas en conjunto alcanzan el deducible familiar. En otras palabras, no se requiere que cada persona cubierta alcance el deducible individual, excepto para las personas del nivel de solo empleado. El Plan HRA3000 tiene un deducible global, el monto del deducible familiar incluirá todos los gastos elegibles combinados que hagan usted y sus dependientes cubiertos. Un miembro o la combinación de dos o más miembros cubiertos por el plan HRA3000 pueden alcanzar el monto del deducible familiar.

Busque médicos y dentistas de alta calidad cercanos y compare costos

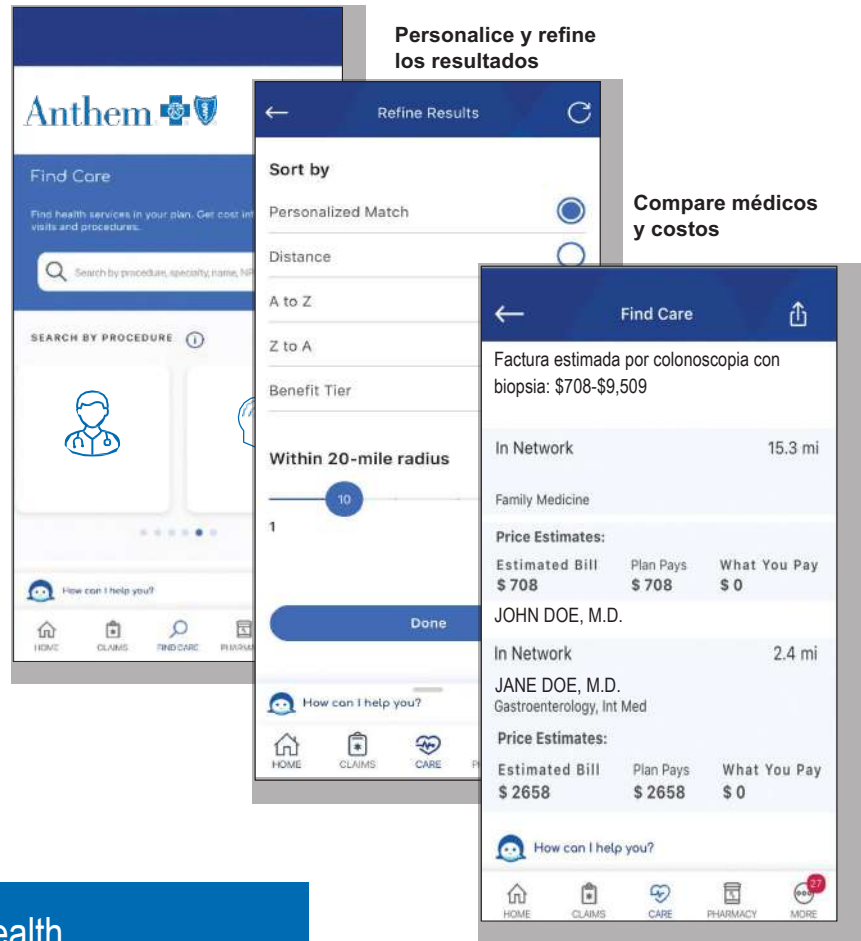
Es importante elegir un médico y dentista en el que confíe y si elige uno dentro de la red de su plan, puede mantener sus costos bajos. Usar la herramienta Find Care en la aplicación móvil SydneySM Health y anthem.com puede ayudarlo a satisfacer ambas necesidades.

Personalice su búsqueda

Find Care reúne detalles sobre médicos, dentistas, hospitales y farmacias de la red de su plan. Podrá personalizar su búsqueda por nombre, especialidad o procedimiento. También puede comparar información como costos, idiomas hablados y horarios de atención.*

Para asegurarse de que su centro y servicio (médico, dental u oftalmológico) estén dentro de la red de su plan, consulte el perfil del médico, dentista o centro.

Busque por nombre, especialidad o procedimiento.



Personalice y refine los resultados

Compare médicos y costos

Usar la aplicación Sydney Health

Puede empezar a usar Find Care al descargar la aplicación Sydney Health en su dispositivo móvil o iniciar sesión en empireblue.com. Seleccione Find Care y Costo en el menú Atención.



*Las experiencias en pantalla pueden variar según el usuario debido a las personalizaciones, paquetes de beneficios y mejoras continuas en la experiencia del usuario.

Sydney Health se ofrece a través de un acuerdo con Carelon Digital Platforms, una empresa independiente que ofrece servicios de aplicaciones móviles en nombre de su plan de salud. ©2023

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de: En Colorado: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Productos HMO respaldados por HMO Colorado, Inc. Las copias de los planes de acceso a la red de Colorado están disponibles previa solicitud a servicios para miembros o se pueden obtener al visitar anthem.com/co/networkaccess. En Connecticut: Anthem Health Plans, Inc. En Georgia: Blue Cross Blue Shield Healthcare Plan of Georgia, Inc. En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine: Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Missouri (excluyendo 30 condados en el área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Heathy Alliance® Life Insurance Company (HALIC) y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertas filiales administran beneficios que no son de HMO suscritos por HALIC y beneficios de HMO suscritos por HMO Missouri, Inc. RIT y ciertas filiales solo brindan servicios administrativos para planes autofinanciados y no suscriben beneficios. En Nevada: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO son suscritos por HMO Colorado, Inc., que opera bajo el nombre de HMO Nevada. En Nuevo Hampshire: Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc.; los planes de HMO son administrados por Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. y suscritos por Matthew Thornton Health Plan, Inc. En Ohio: Community Insurance Company. En Virginia: Anthem Health Plans of Virginia, Inc. comercializa como Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia y su área de servicio es toda Virginia, excepto la ciudad de Fairfax, la ciudad de Viena y el área al este de la ruta estatal 123. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI), suscribe o administra PPO y pólizas de indemnización y suscribe los beneficios fuera de la red en pólizas POS ofrecidas por CompCare Health Services Insurance Corporation (CompCare) o Wisconsin Collaborative Insurance Corporation (WCIC). CompCare suscribe o administra pólizas de HMO o POS; WCIC suscribe o administra pólizas de Well Priority HMO o POS. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

BENEFICIOS DENTALES

The Fedcap Group ofrece dos planes dentales de la Organización de proveedores preferidos (PPO) a través de Anthem Blue Cross Blue Shield. Para obtener información adicional, consulte la descripción detallada del plan proporcionada por Anthem.

Características del plan Anthem	PPO1		PPO2	
	Dentro de la red Dental Complete	Fuera de la red	Dentro de la red Dental Complete	Fuera de la red
Deducible anual individual/familiar Exento para servicios preventivos y de diagnóstico	\$50/\$150	\$50/\$150	\$100/\$300	\$100/\$300
Máximo anual	\$1,500	\$1,500	\$1,000	\$1,000
Servicios preventivos y de diagnóstico Exámenes dentales Limpiezas Radiografías de boca completa Radiografía interproximal Tratamiento con flúor Selladores dentales (niños menores de 16 años)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Servicios básicos Empastes Empastes con amalgamas (plateadas) Extracciones simples	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
Endodoncia Tratamiento de conducto	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
Periodoncia Extracción de placa y alisado radicular	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía oral Extracciones quirúrgicas	80% después del deducible	80% después del deducible	60% después del deducible	50% después del deducible
Servicios principales Coronas, dentaduras postizas, puentes, implantes	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Elegibilidad para ortodoncia	Solo hijo(s) dependiente(s) (debe ser anillado antes de los 19 años)		Empleado y dependiente(s)	
Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
Duración máxima de la ortodoncia	\$1,500	\$1,500	\$1,000	\$1,000

Acceso a las tarjetas de identificación de Anthem Dental

Visite www.anthem.com desde su computadora o navegador móvil y haga clic en Inicio/Registro. Inicie sesión con su nombre de usuario de miembro y contraseña para acceder a su sitio seguro para miembros

BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

The Fedcap Group ofrece beneficios oftalmológicos a través de Anthem Blue Cross Blue Shield. Para obtener información adicional, consulte la descripción detallada del plan proporcionada por Anthem.

Características del plan Anthem	Beneficios oftalmológicos de Anthem BCBS	
	Dentro de la red	Fuera de la red
		Reembolsable hasta...
Examen de la vista Una vez cada 12 meses	Copago de \$5	Monto límite de hasta \$30
Lentes Una vez cada 12 meses	Copago de \$10	Simple: Hasta \$25 Bifocal: Hasta \$35 Trifocal: Hasta \$45 Lenticular: Hasta \$80
Monturas Una vez cada 24 meses	Límite de \$120, después un 20% de descuento sobre el saldo	Monto límite de hasta \$120
Lentes de contacto (en lugar de gafas) Una vez cada 12 meses Convencional por elección Desechable por elección Médicamente necesario	Límite de \$120, después un 15% de descuento sobre el saldo Límite de \$120 (sin descuento adicional) Cobertura total	Monto límite de hasta \$120 Monto límite de hasta \$120 Monto límite de hasta \$200



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés)

Las FSA le permiten pagar los gastos de atención médica no reembolsada y/o de cuidado de dependientes antes de impuestos. Si desea inscribirse en una FSA para 2025, debe hacerlo durante la Inscripción abierta incluso si se inscribió para 2024. Este beneficio no se traspaasa automáticamente.

Tipo de cuenta	Ejemplos de gastos elegibles	Límites de contribución	Acceso a los fondos	Beneficio antes de impuestos
FSA de atención médica Para usted o cualquier dependiente registrado en su declaración de impuestos federal	<ul style="list-style-type: none"> Deducibles y coaseguros del plan médico* <ul style="list-style-type: none"> Copagos Medicamentos con receta Gastos dentales, incluidos los gastos de ortodoncia e implantes <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista/anteojos/lentes de contacto Cirugía ocular con láser Gastos elegibles de venta libre 	Hasta \$3,300 no aplica a las contribuciones para el costo de la cobertura del plan médico	Acceso inmediato a su monto de contribución anual total a partir del 1 de enero	<ul style="list-style-type: none"> Ahorre entre el 20% y el 40% de sus gastos de atención médica <ul style="list-style-type: none"> Ahorre en compras no cubiertas por el seguro Reduzca su ingreso imponible
FSA para cuidado de dependientes Para dependientes elegibles, menores de 13 años, cónyuge discapacitado, padre o hijo discapacitado mayor de 13 años	<ul style="list-style-type: none"> Centros de cuidado de dependientes/niños Cuidado diurno para adultos <ul style="list-style-type: none"> Guardería/ preescolar Después de la escuela/campamento de verano 	Hasta \$5,000 (\$2,500 si está casado y presenta una declaración por separado)	<ul style="list-style-type: none"> Los fondos se agregan a su cuenta FSA para cuidado de dependientes en cada fecha de pago <ul style="list-style-type: none"> Presente las reclamaciones hasta su monto acumulado del año hasta la fecha en su cuenta 	<ul style="list-style-type: none"> Ahorre entre el 20% y el 40% de los gastos de atención médica de sus dependientes <ul style="list-style-type: none"> Reduzca su ingreso imponible

*Nota para el plan médico HRA3000: Si está inscrito en el plan médico HRA3000 y elige una FSA de atención médica, debe cumplir con su deducible anual antes de recibir el reembolso de los gastos médicos.

Presupuesto apropiado: Es importante que haga un presupuesto apropiado y utilice todos los fondos dentro del año del plan FSA. Las FSA se consideran planes "úselos o los pierda". Esto significa que perderá el saldo restante si no usa todos los fondos antes del 15 de marzo de 2026. Tiene tiempo hasta el 31 de marzo de 2026 para presentar todos los reclamos. Consulte la lista completa de gastos cubiertos en la Publicación 502 del IRS disponible en <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf>



BENEFICIOS PARA VIAJEROS FRECUENTES

Beneficios para viajeros frecuentes: Beniversal

The Fedcap Group ofrece un programa de beneficios para el viajero frecuente, que le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar los gastos elegibles de estacionamiento y tránsito masivo al lugar de trabajo en los que incurre cuando viaja hacia y desde el trabajo. Puede inscribirse y hacer los cambios en cualquier momento del año. Los beneficios para viajeros requieren una elección anual.

Gastos de transporte elegibles

Los gastos elegibles bajo el Plan de gastos de transporte elegibles son aquellos que proporcionan transporte y/o estacionamiento con relación a los viajes entre la residencia de un empleado y el lugar de trabajo, sujetos a las pautas del IRS. Estos incluyen:

- Transporte en un vehículo para traslado en carretera
- Cualquier pase de tránsito
- Estacionamiento calificado

Registro BRI

- Código de compañía: fedcap
- ID de inicio de sesión: su número de seguro social completo
- Contraseña: código postal de su domicilio

Pase de tránsito. Cualquier pase, tarjeta de prepago, cupón o artículo similar que habilita un medio de transporte a una persona (o le ofrece transporte a un precio reducido) si dicho transporte es:

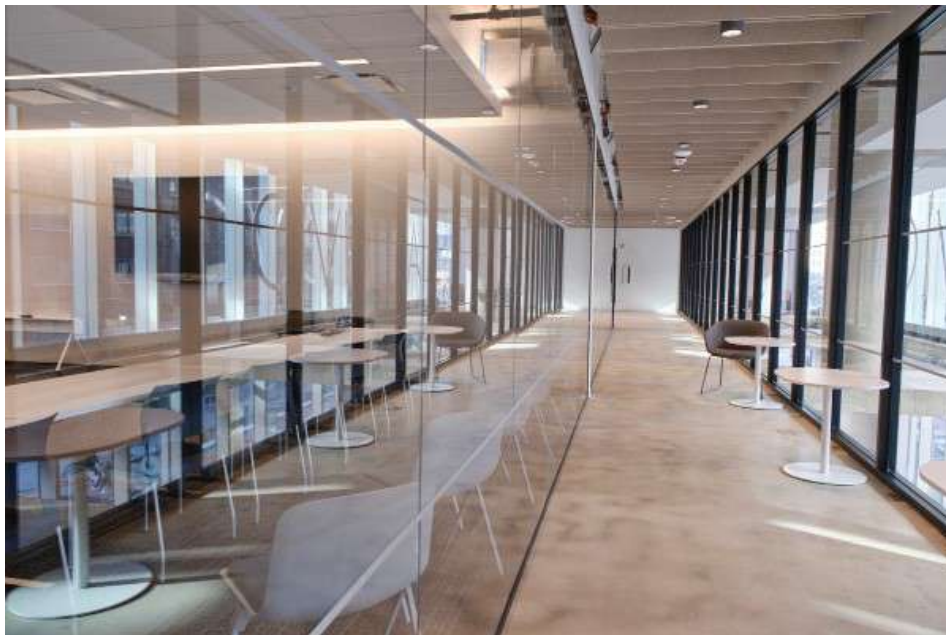
En instalaciones de tránsito masivo (ya sea público o no), o Proporcionado por cualquier persona en el sector de transporte de personas por una compensación o alquiler si el servicio de transporte se brinda en un vehículo que cumple con los requisitos de vehículo de transporte en carretera. (p. ej., Uber y Lyft)

Monto de la contribución. Usted puede aportar hasta el máximo mensual siguiente según lo determine la IRS:

Transporte	Monto por mes
Gastos de tránsito	\$325
Gastos de estacionamiento	\$325

Si su gasto total de transporte mensual excede el monto máximo mensual, la diferencia se deducirá después de impuestos

Los costos de tránsito se deducen dos veces al mes. Si en un mes tiene 3 cheques de pago, las deducciones de tránsito no se realizarán en el 3er. cheque de pago de ese mes.



DISCAPACIDAD Y LICENCIA FAMILIAR PAGA

Acerca de la FMLA

La Ley Federal de Licencia Médica y Familiar (FMLA) proporciona a los empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia no remunerada, protección al trabajo y beneficios a la salud en caso de que se sufra una enfermedad grave o que un miembro de la familia que califique sufra una afección grave.

Usted es elegible para la FMLA en el momento del evento que califica si tiene al menos 12 meses de servicio y ha trabajado un mínimo de 1,250 horas en los 12 meses anteriores con The Fedcap Group.

Discapacidad a corto plazo

The Fedcap Group le proporciona los beneficios por discapacidad. Tiene la posibilidad de comprar un plan de discapacidad a corto plazo adicional a través de Anthem. Los beneficios por discapacidad parcial están disponibles si vuelve a trabajar a tiempo parcial para ayudar a cubrir la brecha en sus ingresos.

Si usted se ausenta de su trabajo, debe notificar a su gerente. Si se ausenta por más de tres días consecutivos, el cuarto día debe comunicarse con Anthem al [800-813-5682](tel:800-813-5682) o a Lifeanddisabilityclaims@anthem.com para presentar un reclamo en virtud de la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) y/o discapacidad. Además, también debe comunicarse con su gerente.

Estado	Beneficio de discapacidad por ley	Discapacidad principal	Período de espera de elegibilidad	Vigencia del beneficio
Empleados de Nueva York	50% del salario hasta \$170 semanal	60% del salario hasta \$400 semanal (incluidos los beneficios por ley)	7 días de discapacidad total	26 semanas
Empleados de Nueva Jersey	85% del salario hasta \$1,055 semanal		7 días de discapacidad total	26 semanas
Empleados de Rhode Island	Hasta \$1,043 por semana		7 días de discapacidad total	30 semanas
Todos los demás empleados	n/c	60% del salario hasta \$400 semanal	7 días de discapacidad total	26 semanas
Discapacidad a corto plazo adicional	60% del salario hasta un beneficio máximo de \$1,500 semanal. Calcule su beneficio semanal restando cualquier otro ingreso que reciba como resultado de su discapacidad del monto que se muestra. El monto del beneficio es el pago que podría recibir si tuviera una discapacidad.			

LICENCIA FAMILIAR PAGA

Estado	Monto del beneficio semanal	Evento calificado	Período máximo de licencia/beneficios	Información de contacto
Nueva York	67% del salario semanal promedio de un empleado. El monto máximo de beneficio semanal es de \$1,177.32.	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad grave de un familiar Crear un vínculo con un nuevo hijo Exigencia calificada de carácter militar 	12 semanas durante cualquier período consecutivo de 52 semanas.	https://paidfamilyleave.ny.gov/ 844-337-6303 Lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
Nueva Jersey	85% del salario semanal promedio de un empleado. El monto máximo de beneficio semanal es de \$1,080.00.	<ul style="list-style-type: none"> Para cuidar a un miembro de la familia con una enfermedad grave o por motivos relacionados con una emergencia de salud pública Para crear un vínculo con un nuevo hijo Por motivos relacionados con la violencia sexual o doméstica 	12 semanas.	https://myleavebenefits.nj.gov/worker/fli/ 609-292-7060 Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Massachusetts	El monto máximo de beneficio semanal es de \$1,170.64 (ajustado anualmente para igualar el 64% del salario semanal promedio del estado).	<ul style="list-style-type: none"> Licencia familiar (vínculo con un nuevo hijo, exigencia calificada relacionada con el servicio militar, cuidado de un familiar que es miembro del servicio, enfermedad grave de un familiar) Licencia médica (enfermedad grave propia de la persona) 	26 semanas en un período de 52 semanas consecutivas (máximo de 20 semanas para licencia médica, 26 semanas para licencia familiar para cuidar a un miembro del servicio cubierto y 12 semanas para licencia familiar). El período de espera es de 7 días calendario	https://www.mass.gov/paid-family-and-medical-leave-benefits 833-344-7365 Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Rhode Island	4,62% del salario pagado en el trimestre más alto del período base del empleado. El monto máximo del beneficio semanal es de \$1,070.	<ul style="list-style-type: none"> Para cuidar a un familiar gravemente enfermo Para crear un vínculo con un nuevo hijo 	7 semanas: no hay período de espera, pero el empleado debe estar fuera de la oficina durante 7 días para ser elegible para los beneficios	https://dlt.ri.gov/individuals/temporary-disability-caregiver-insurance 401-462-8420 Lunes a viernes, de 8:00 a 15:30 horas (cerrado los miércoles)
Distrito de Columbia	El monto varía en función de si el salario semanal promedio de un empleado es igual, superior o menor al 150% del salario mínimo del Distrito multiplicado por 40. El monto máximo de beneficio semanal es de \$1,118.	<ul style="list-style-type: none"> Licencia familiar (enfermedad grave de un familiar) Licencia médica (enfermedad grave propia del empleado) Licencia por paternidad (nacimiento, adopción, acogida familiar) Licencia prenatal 	12 semanas laborales en un período de 52 semanas laborales, generalmente (máximo de 12 semanas para licencia familiar, 12 semanas para licencia médica, 12 semanas para licencia por paternidad y dos semanas para licencia prenatal).	https://dcpaidfamilyleave.dc.gov/ 202-899-3700
Colorado	El beneficio semanal máximo es el 90% del salario semanal promedio estatal. Sin embargo, el beneficio semanal máximo es de \$1,100 por semana para PFML a partir del 1 de enero de 2025.	<ul style="list-style-type: none"> Por la enfermedad grave propia del empleado Para cuidar a un familiar con una enfermedad grave Para cuidar a un nuevo niño durante el primer año después de su nacimiento, adopción o acogida familiar Para una licencia por seguridad 	12 semanas en un año de solicitud. 4 semanas adicionales si el empleado tiene una enfermedad grave relacionada con complicaciones del embarazo o del parto.	https://famli.colorado.gov/ 866-263-2654 Lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

LICENCIA FAMILIAR PAGA

Actualizados en la fecha de publicación. Las regulaciones pueden cambiar antes de la fecha de vigencia.

Estado	Monto del beneficio semanal	Evento calificado	Período máximo de licencia/beneficios	Información de contacto
<p>Delaware</p> <p>Efectivo el 1 de enero de 2026 Fecha de inicio de las contribuciones a la nómina: 1 de enero de 2025</p>	<p>80% del salario semanal promedio de un empleado durante los 12 meses anteriores. El monto máximo del beneficio semanal para 2026 y 2027 es de \$900.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Licencia por paternidad (nacimiento, adopción, acogida familiar) Licencia para cuidado familiar (enfermedad grave de un familiar o exigencia que califique) <ul style="list-style-type: none"> Licencia médica (enfermedad grave propia del empleado) 	<p>12 semanas en un año de solicitud (hasta 12 semanas de licencia por paternidad en un año de solicitud y hasta seis semanas de licencia médica y licencia para cuidado familiar en cualquier período de 24 meses)</p>	<p>https://labor.delaware.gov/delaware-paid-leave-is-coming/</p>
<p>Maine</p> <p>Efectivo el 1 de mayo de 2026 Fecha de inicio de las contribuciones a la nómina: 1 de enero de 2025</p>	<ul style="list-style-type: none"> El monto del beneficio semanal es el total de: <ul style="list-style-type: none"> el 90% del salario de los empleados que no exceda el 50% del salario semanal promedio del estado; más el <ul style="list-style-type: none"> 66% del salario del empleado que no exceda el 50% del salario semanal promedio del estado. 	<ul style="list-style-type: none"> Licencia familiar: Para cuidar a familiares con una enfermedad grave Licencia médica: Para cuidar necesidades médicas graves propias Licencia por seguridad: Para mantenerse a salvo o ayudar a un familiar a mantenerse a salvo después de una situación de abuso o violencia Licencia militar: Para emergencias relacionadas con el inminente despliegue militar de un familiar 	<p>12 semanas por año de beneficio - los beneficios no se pagan durante los primeros días calendario de licencia</p>	<p>https://www.maine.gov/paidleave/</p>
<p>Maryland</p> <p>Efectivo el 1 de julio de 2026 Fecha de inicio de las contribuciones a la nómina: 1 de julio de 2025</p>	<p>El monto varía en función de si el salario semanal promedio de una persona cubierta es igual, superior o inferior al 65% del salario semanal promedio del estado. El monto máximo de beneficio semanal es de \$1,000 para el período de 12 meses a partir del 1 de julio de 2026.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para dar la bienvenida a un niño en su hogar, incluso a través de la adopción y acogida <ul style="list-style-type: none"> Para cuidarse a sí mismos, si tienen una enfermedad grave Para cuidar a un familiar con una enfermedad grave Para organizar el despliegue militar de familiar 	<p>12 semanas por año de solicitud. Una persona cubierta puede calificar para 12 semanas adicionales si la licencia por su propia enfermedad grave precede o sigue a la licencia tomada para cuidar a un niño después del nacimiento o la adopción temporal.</p>	<p>https://paidleave.maryland.gov/Pages/default.aspx</p>

Seguro grupal de discapacidad a largo plazo

AnthemLife

The Fedcap Group, Inc.

Consulte su guía de beneficios para conocer detalles específicos del plan, definiciones de elegibilidad, limitaciones y exclusiones.

Monto del beneficio grupal por discapacidad a largo plazo: 60% de los ingresos mensuales hasta un beneficio mensual máximo de \$5,000.

Período de eliminación

La cantidad de días que debe no poder trabajar debido a una discapacidad calificada aprobada antes de que comiencen los beneficios: 90 días

Período máximo de beneficio: hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social

Consulte su certificado para ver las duraciones máximas de pago específicas según la edad en el momento de la discapacidad. Los beneficios pagados en el momento de una discapacidad calificada aprobada pueden variar del período de duración del beneficio que se muestra.

Beneficios por discapacidad parcial

Si puede volver a trabajar a tiempo parcial, es posible que aún reciba una parte de su beneficio por discapacidad a largo plazo para ayudar a cubrir la brecha en sus ingresos.

Beneficio para el sobreviviente

Si fallece después de recibir beneficios por incapacidad a largo plazo durante al menos 180 días consecutivos y está recibiendo beneficios en el momento de su muerte, se pagará un beneficio de pago global a su beneficiario. El beneficio para el sobreviviente equivale a tres veces su beneficio mensual.

Rehabilitación vocacional

Podemos brindar servicios, como pruebas y capacitación vocacional, modificaciones laborales y ubicación laboral para ayudarlo a regresar al empleo activo si sufre una discapacidad.

Asistencia del Seguro Social

Si recibe beneficios por discapacidad a largo plazo, le ayudaremos a solicitar el Seguro Social y, si es necesario, le ofreceremos orientación durante el proceso de apelación.

Resource Advisor

Este programa le brinda a usted y a su familia acceso a recursos laborales/personales, sin costo adicional para usted, que incluyen: consultas en persona con un asesor o consultas en línea a través de LiveHealth Online; servicios de control de identidad y recuperación de víctimas de robo de identidad; consultas legales y financieras; asesoramiento telefónico gratuito 24/7 desde cualquier lugar de los Estados Unidos y acceso ilimitado a los recursos en línea del Asesor de recursos en www.resourceadvisor.anthem.com, nombre del programa "AnthemResourceAdvisor". Para acceder a Resource Advisor, llame al (888) 209-7840.

Afecciones preexistentes

Una afección preexistente es una enfermedad o lesión por la que recibió tratamiento o en la que se presentaron síntomas dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura. Una discapacidad que comienza en los primeros 12 meses después de su fecha de vigencia no estará cubierta si es el resultado de una afección preexistente.

Esto no es un contrato. Es una lista parcial de beneficios y servicios que depende de las opciones de plan elegidas. Esta descripción general de los beneficios es solo una parte de su paquete de inscripción. Todos los beneficios y servicios están sujetos a las condiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones enumeradas en los documentos del contrato: el certificado, la póliza y/o el acuerdo fiduciario para este producto. En caso de conflicto entre los documentos del contrato y esta descripción de beneficios, prevalecerán los documentos del contrato. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios.

Las exclusiones y limitaciones se enumeran en detalle en el certificado, la póliza o el contrato fiduciario que se aplica a este producto.

DISCAPACIDAD Y LICENCIA FAMILIAR PAGA (CONT.)

Para un empleado mayor de 60 años que se toma licencia, se aplicará el siguiente cronograma:

Su edad cuando comienza la discapacidad	Período máximo de beneficio
Menor de 60 años	Hasta la edad normal de retiro del seguro social (SSNRA, por sus siglas en inglés)*
60 años	60 meses o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
61 años	48 meses o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
62 años	42 meses o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
63 años	36 meses o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
64 años	30 meses o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
65 años	24 meses
66 años	21 meses
67 años	18 meses
68 años	15 meses
69 años y más	12 meses

* - Para los empleados nacidos en 1965 o después, la SSNRA es a los 67 años.



Seguro de vida grupal básico a término

The Fedcap Group, Inc. – Personal

Consulte su guía de beneficios para conocer detalles específicos del plan, definiciones de elegibilidad, limitaciones y exclusiones.

<p>Beneficio de seguro de vida grupal a término: 1 vez los ingresos anuales hasta un máximo de \$100,000.</p>
<p>Beneficio del seguro por muerte accidental y desmembramiento: Monto igual al beneficio de vida grupal a término</p>
<p>Designación de beneficiarios</p> <p>Deberá designar a sus beneficiarios en Oracle HCM (www.fedcapgroup.org/oracle). En caso de su muerte, sus beneficiarios designados recibirán las ganancias del beneficio del seguro.</p>
<p>Beneficios después de los 70 años</p> <p>A los 70 años, sus beneficios se reducirán de la siguiente manera: Reducción del 50% a los 70 años <i>Todos los beneficios terminan con la jubilación.</i></p>
<p>Beneficio en vida (beneficio acelerado por fallecimiento)</p> <p>Puede solicitar que se pague hasta el 50% de sus beneficios de seguro de vida a término grupal mientras viva, si tiene una enfermedad terminal con menos de 12 meses de vida. Si acepta un pago de beneficio en vida, la cantidad que reciba su beneficiario después de su muerte se reducirá por la cantidad que se le pagó.</p>
<p>Renuncia a la prima</p> <p>Su cobertura de seguro de vida puede continuar hasta que cumpla 65 años si queda totalmente discapacitado y no puede trabajar antes de los 60 años. No pagará primas después de los primeros seis meses después de que aprobemos su reclamación de exención de prima.</p>
<p>Conversión</p> <p>Si deja su trabajo por cualquier motivo, es posible que pueda convertir su cobertura de seguro de vida grupal en una póliza individual. Debe solicitar la cobertura y pagar la prima del primer mes de la póliza individual dentro de los 31 días posteriores al último día en que estuvo empleado.</p>
<p>Resource Advisor</p> <p>Este programa le brinda a usted y a su familia acceso a recursos laborales/personales, sin costo adicional para usted, que incluyen: consultas en persona con un asesor o consultas en línea a través de LiveHealth Online; servicios de control de identidad y recuperación de víctimas de robo de identidad; consultas legales y financieras; asesoramiento telefónico gratuito 24/7 desde cualquier lugar de los Estados Unidos y acceso ilimitado a los recursos en línea del Asesor de recursos en www.resourceadvisor.anthem.com, nombre del programa "AnthemResourceAdvisor". Para acceder a Resource Advisor, llame al (888) 209-7840.</p>
<p>Asistencia en viajes</p> <p>Este programa le brinda acceso a ayuda médica de emergencia, servicios de viaje y sugerencias útiles para su viaje si viaja a más de 100 millas de su hogar, todo sin costo adicional para usted. Puede acceder a los beneficios de Asistencia en viajes llamando a: EE. UU. y Canadá (866) 295-4890, otras ubicaciones (llamada por cobrar) (202) 296-7482. Todos los servicios deben ser coordinados con anticipación por Generali Global Assistance, Inc., el proveedor de asistencia en viajes.</p>

Esto no es un contrato. Es una lista parcial de beneficios y servicios que depende de las opciones de plan elegidas. Esta descripción general de los beneficios es solo una parte de su paquete de inscripción. Todos los beneficios y servicios están sujetos a las condiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones enumeradas en los documentos del contrato: el certificado, la póliza y/o el acuerdo fiduciario para este producto. En caso de conflicto entre los documentos del contrato y esta descripción de beneficios, prevalecerán los documentos del contrato. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios. Las exclusiones y limitaciones se enumeran en detalle en el certificado, la póliza o el contrato fiduciario que se aplica a este producto.

Los servicios adicionales no forman parte del certificado, póliza o contrato fiduciario y no modifican los beneficios de ningún asegurado. Los servicios adicionales se brindan en base a acuerdos negociados entre la aseguradora y ciertos proveedores de servicios. Si bien la aseguradora se esfuerza por poner estos servicios a disposición de todos los titulares de pólizas y de certificados como se describe, las modificaciones a nuestros acuerdos con los proveedores de servicios pueden requerir que los servicios se modifiquen o cancelen periódicamente. Dicha modificación o cancelación de los servicios se puede realizar en función del costo para la aseguradora, la disponibilidad de los servicios u otros motivos comerciales a discreción de la aseguradora o de los proveedores de servicios.

Seguro de vida voluntario

The Fedcap Group

Consulte su certificado de beneficios para conocer detalles específicos del plan, definiciones de elegibilidad, limitaciones y exclusiones.

Beneficio de seguro de vida voluntario grupal a término

Puede comprar cobertura por un monto de \$10,000 a \$1,000,000 o de 5 veces sus ingresos anuales, lo que sea menor en incrementos de \$10,000.

Monto de emisión garantizado

\$200,000 o 3 veces sus ingresos anuales, lo que sea menor

Si su solicitud se envía a Anthem dentro de los 31 días posteriores a la confirmación de su elegibilidad, el monto de la emisión garantizada está disponible sin evidencia de asegurabilidad. Debe presentar evidencia de asegurabilidad y Anthem debe aprobar por escrito cualquier monto por encima del monto de la emisión garantizada.

Si su solicitud se envía a Anthem más de 31 días posteriores a la confirmación de su elegibilidad, el monto de la emisión garantizada no se aplica. Debe presentar evidencia de asegurabilidad y Anthem debe aprobar todos los montos por escrito.

Beneficio del seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento: Es igual al beneficio del seguro de vida voluntario a término.

Cobertura del seguro de vida voluntario para su familia

También puede elegir cobertura adicional de seguro de vida, por muerte accidental y desmembramiento para su cónyuge y sus hijos:

Puede comprar cobertura para su cónyuge en incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000.

Puede comprar cobertura para sus hijos en incrementos de \$1,000 hasta un máximo de \$20,000.

Monto de la emisión garantizada para el cónyuge: \$30,000

Si su solicitud para su cónyuge/hijos se envía a Anthem dentro de los 31 días posteriores a la confirmación de su elegibilidad, el monto de la emisión garantizada para el cónyuge está disponible sin evidencia de asegurabilidad. Debe presentar evidencia de asegurabilidad de su cónyuge y Anthem debe aprobar por escrito cualquier monto por encima del monto de emisión garantizada para el cónyuge.

Si la solicitud para su cónyuge/hijo(s) se envía a Anthem más de 31 días posteriores a la confirmación de su elegibilidad, el monto de la emisión garantizada para el cónyuge no se aplica. Debe presentar evidencia de asegurabilidad de su cónyuge y Anthem debe aprobar todos los montos por escrito.

La cobertura de dependientes no puede exceder el 100% del monto del beneficio del empleado. La cobertura para niños comienza a los 15 días de su nacimiento y finaliza a los 29 años.

Beneficios después de los 65 años de edad

Después de los 65 años, sus beneficios se reducirán de la siguiente manera: reducción del 35% a los 65 años; reducción del 50% a los 70 años

Todos los beneficios terminan con la jubilación.

Beneficio en vida (beneficio acelerado por fallecimiento)

Puede solicitar que se pague una parte de los beneficios del seguro de vida grupal a término mientras viva, si tiene una enfermedad terminal con menos de 12 meses de vida. Si acepta el pago de un beneficio en vida, la cantidad que reciba su beneficiario después de su muerte se reducirá por la cantidad que le pagaron.

Servicios de valor agregado para seguros de vida y discapacidad grupales

Ayuda adicional para los empleados y sus familias

Sus planes de vida y discapacidad incluyen servicios que sus empleados y sus familias pueden usar ahora, incluso antes de presentar una reclamación, sin costo alguno para ellos. Comparta los panfletos vinculados a este folleto con sus empleados para informarles cómo acceder a los servicios.

Resource Advisor

Resource Advisor está incluido en los planes de vida y discapacidad grupales con servicios que ellos y sus familias pueden usar en cualquier momento, incluso si no tienen una reclamación, incluidos:

- Asesoramiento ilimitado por teléfono
- Asesoramiento en persona o asesoramiento por video bidireccional de LiveHealth Online¹.
- Consultas legales
- Asesoramiento financiero
- Sitio web con información sobre bienestar que incluye descargas gratuitas del software WillMaker, programa de descuento Perks at Work, información sobre equilibrio entre trabajo y vida personal, y más. Visite www.ResourceAdvisor.Anthem.com e inicie sesión con el nombre del programa "AnthemResourceAdvisor" para acceder a los recursos.

Comparta estos panfletos con sus empleados para informarles sobre los beneficios disponibles ahora:

- [Panfleto de Resource Advisor](#)
- [Panfleto de la herramienta Online Will](#)
- [Panfleto de Perks at Work](#)

Asistencia en viajes

Ayuda para emergencias de viaje cuando sus empleados viajan a más de 100 millas de casa. La asistencia en viaje está incluida en los planes de vida grupal. Incluye:

- Línea de ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana para problemas durante el viaje
- Evacuaciones médicas de emergencia
- Devolver el vehículo en caso de emergencia médica
- Regresar a los niños, compañeros de viaje y mascotas en caso de emergencia médica
- Visita de un familiar o amigo cuando un empleado se encuentra hospitalizado mientras viaja
- Y mucho más.²

Comparta la información de asistencia en viajes con sus empleados:

- [Panfleto de asistencia en viajes](#)
- [Panfleto detallado de asistencia en viajes](#)

Servicios de apoyo a beneficiarios de seguros de vida grupales

Brindamos ayuda adicional a los beneficiarios del seguro de vida cuando más la necesitan. Estos servicios están incluidos en los planes de vida grupal:

- Los beneficiarios pueden seguir accediendo a los servicios de Resource Advisor durante seis meses después de la pérdida.
- **Beneficiary Companion™** puede ayudar a liquidar la herencia³. Los coordinadores de Beneficiary Companion realizarán llamadas telefónicas y se ocuparán de los asuntos personales y legales importantes.
- Los beneficiarios pueden solicitar copias de The Healing Book: Facing the Death — and Celebrating the Life — of Someone You Love sin costo para compartir con los niños afectados por la pérdida desde el sitio web de Resource Advisor.

Si desea una copia de The Healing Book para tener a mano en caso de sufrir una pérdida, vaya a www.ResourceAdvisor.Anthem.com e inicie sesión con el nombre del programa "AnthemResourceAdvisor". Luego haga clic Servicios para beneficiarios y haga clic en la imagen de The Healing Book para el formulario de pedido. Ingrese "Copia de RR.HH." en el campo "Nombre del familiar fallecido" en el formulario de pedido, luego ingrese su información de envío.

Recursos en línea para sus empleados

Recursos en línea adicionales para compartir con sus empleados:

- Los empleados pueden [presentar reclamaciones de seguro de vida y discapacidad en línea](#); la forma más rápida de iniciar reclamaciones.
- [Sitio web de Anthem Life](#) con enlaces a recursos, información sobre Resource Advisor y asistencia en viajes, y más.

¹Hasta tres visitas de asesoramiento por problema

²Generali Global Assistance administra la asistencia en viajes y todos los servicios deben ser aprobados previamente por Generali Global Assistance.

³Los servicios de Beneficiary Companion están disponibles solo cuando el beneficiario es también el ejecutor legal del patrimonio.

Nota sobre la elegibilidad: Estos programas son para empleados activos y sus familiares que viven con ellos. Todos los beneficios terminan con la jubilación.

Los servicios adicionales de valor agregado no forman parte del certificado, póliza o contrato fiduciario y no modifican los beneficios de ningún asegurado. Los servicios adicionales de valor agregado se brindan en base a acuerdos negociados entre la aseguradora y ciertos proveedores de servicios. Si bien la aseguradora se esfuerza por poner estos servicios a disposición de todos los titulares de pólizas y de certificados como se describe, las modificaciones a nuestros acuerdos con los proveedores de servicios pueden requerir que los servicios se modifiquen o cancelen periódicamente. Dicha modificación o cancelación de los servicios se puede realizar en función del costo para la aseguradora, la disponibilidad de los servicios u otros motivos comerciales a discreción de la aseguradora o de los proveedores de servicios.

Los servicios de Resource Advisor no forman parte del certificado, póliza o contrato fiduciario y no modifican los beneficios de ningún asegurado. Los servicios adicionales de Resource Advisor se brindan en base a acuerdos negociados entre la aseguradora y ciertos proveedores de servicios. Si bien la aseguradora se esfuerza por poner estos servicios a disposición de todos los titulares de pólizas y de certificados como se describe, las modificaciones a nuestros acuerdos con los proveedores de servicios pueden requerir que los servicios se modifiquen o cancelen periódicamente. Dicha modificación o cancelación de los servicios se puede realizar en función del costo para la aseguradora, la disponibilidad de los servicios u otros motivos comerciales a discreción de la aseguradora o de los proveedores de servicios.

LiveHealth Online es el nombre comercial de Health Management Corporation, una empresa independiente que proporciona servicios de telemedicina en nombre de Anthem Blue Cross and Blue Shield.

Los servicios de valor agregado de asistencia en viajes son proporcionados por Generali Global Assistance, Inc. En todos los casos, Generali Global Assistance, Inc. solo sugiere un profesional médico, un centro médico o un abogado que brinde servicios al miembro elegible. No son empleados ni agentes de Generali Global Assistance, Inc. o Anthem Life. Usted elige el asesoramiento médico o legal que desea. Generali Global Assistance, Inc. o Anthem Life no asumen ninguna responsabilidad por ningún asesoramiento médico o legal brindado por el profesional médico o abogado. Generali Global Assistance, Inc. tampoco es responsable por la negligencia u otros actos u omisiones ilícitos de ninguno de los profesionales médicos o de asistencia legal que prestan estos servicios. El miembro cubierto no puede emprender acciones contra Generali Global Assistance, Inc. o Anthem Life por su sugerencia o contrato con un profesional médico o abogado. Debe reembolsar a Generali Global Assistance, Inc. ciertos costos. Generali Global Assistance, Inc. no está afiliada a Anthem Life, y los servicios proporcionados no forman parte de la cobertura de seguro proporcionada por Anthem. El acuerdo entre Generali Global Assistance, Inc. y Anthem Life está sujeto a cambios que pueden afectar los servicios ofrecidos. Válido únicamente para miembros elegibles. Los jubilados no son elegibles para los servicios de asistencia en viaje.

Los servicios de Beneficiary Companion son proporcionados por Generali Global Assistance, Inc.

Plan de accidentes de 24 horas

La cobertura de accidentes proporciona un beneficio en efectivo en un pago único si usted o un miembro de su familia cubierto se lesiona debido a un accidente. Utilice la cobertura de accidentes para ayudar a pagar los gastos médicos de su bolsillo, como las tarifas de ambulancia, fisioterapia, radiografías o gastos diarios como alquiler, comida o transporte. Este plan cubre accidentes que ocurren tanto dentro como fuera del lugar de trabajo.

Características fundamentales:

- El beneficio en efectivo se le paga directamente a usted en un pago único libre de impuestos.
- No tiene que responder preguntas de salud o realizarse exámenes médicos para inscribirse.
- Puede continuar con su cobertura, incluso si deja de trabajar para su empleador.¹
- Sin limitaciones para afecciones preexistentes.²

Comodidad

Estamos aquí para ayudar. Para presentar una reclamación, comience con el formulario de reclamaciones disponible con su empleador. Siga las instrucciones del formulario para enviarlo y comuníquese con el Centro de contacto complementario de Anthem si tiene alguna pregunta.

	Beneficio	Limitación de pago	Monto
Hospital y emergencia	Admisión hospitalaria	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$1,500
	Hospitalización por día	Hasta 365 días/de por vida (total por día y UCI)	\$300
	Estadía hospitalaria por día en UCI	Hasta 30 días/accidente (sujeto a 365 días/de por vida)	No está cubierto
	Ambulancia - aérea	Una vez/accidente dentro de las 72 horas de ocurrido	\$1,500
	Ambulancia - terrestre	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$400
	Sangre/plasma/plaquetas	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$400
	Sala de emergencias	Una vez/accidente dentro de las 72 horas de ocurrido	\$250
	Examen de diagnóstico	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$200
	Atención médica de urgencia	Una vez/accidente dentro de las 72 horas de ocurrido	\$200
	Radiografía	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$200
Atención médica de seguimiento	Seguimiento de accidentes	Hasta 3 tratamientos/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$100
	Acupuntura	Hasta 10 visitas/accidente en 365 días	\$25
	Cuidado de los hijos	Hasta 30 días/accidente mientras el asegurado esté hospitalizado	\$25
	Cuidado quiropráctico	Hasta 10 visitas/accidente en 365 días	\$25
	Visita inicial al consultorio del médico	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$100
	Alojamiento	Hasta 30 noches/de por vida	No está cubierto
	Aparato médico	Una vez/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$200
	Fisioterapia	Hasta 10 visitas/accidente dentro de los 90 días de ocurrido	\$50
	Centro de rehabilitación	Hasta 15 días/de por vida dentro de los 90 días de ocurrido	\$200
	Transporte	Hasta 3 viajes/accidente	\$400

Plan de \$20,000 por enfermedad especificada



La cobertura por enfermedad especificada (enfermedad especificada) proporciona la seguridad adicional que desea y necesita cuando ocurre una enfermedad: un beneficio en efectivo de un pago único para ayudar a pagar los costos inesperados. Usted decide cómo utilizar los beneficios para solventar mejor su recuperación o la de un miembro de su familia. Use su cobertura por enfermedad especificada para ayudar a pagar los gastos médicos de su bolsillo, como recetas, facturas de hospital, radiografías o gastos diarios como alquiler, comida o transporte.

Características fundamentales

- El beneficio en efectivo se le paga directamente a usted en un pago único libre de impuestos.
- Pago de \$50 para exámenes de salud, como un perfil lipídico o un análisis de glucosa en ayunas.
- Puede continuar con su cobertura, incluso si deja de trabajar para su empleador.¹

Comodidad

Estamos aquí para ayudar. Para presentar una reclamación, comience con el formulario de reclamación provisto por su empleador. Siga las instrucciones del formulario para enviar y comuníquese con el número de teléfono que figura en ese formulario si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o sobre cómo presentar una reclamación.

Nota: Los beneficios por enfermedad especificada para el cónyuge y los dependientes cubiertos son el 50% de la cantidad que se muestra a continuación, excepto el examen preventivo de salud, que es de \$50 para cualquier miembro cubierto, y el examen de detección cáncer de piel, que es de \$250 para cualquier miembro cubierto.

	Beneficio	Monto
Cáncer	Cáncer invasivo	\$20,000
	Cáncer no invasivo	\$5,000
Vascular	Ataque cardíaco (infarto de miocardio)	\$20,000
	Accidente cerebrovascular	\$20,000
	Enfermedad de la arteria coronaria	\$5,000
Otro	Insuficiencia orgánica importante	\$20,000
	Enfermedad renal en etapa terminal	\$20,000
	Beneficio de cáncer de piel, por miembro, una vez de por vida	\$250
	Beneficio de examen de salud: por miembro, por año calendario	\$50
Otras características clave	Ocurrencia adicional de múltiples afecciones	Cubierto sin período de separación
	Beneficio máximo de por vida - empleado	Menor de \$500,000 o 2500%
	Beneficio máximo de por vida - cónyuge e hijos	Menor de \$500,000 o 2500%

1 No disponible en todos los estados. El asegurado solo podrá continuar con la cobertura mientras el titular de la póliza la tenga vigente y el asegurado debe pagar la prima si elige continuar con la cobertura después de dejar de trabajar para el empleador.

2 Los accidentes o enfermedades cubiertos deben ocurrir después de la fecha de vigencia de la cobertura.

Beneficios de seguro grupal por enfermedad especificada proporcionados por el formulario de póliza SCI B XX18 P o un equivalente estatal. Esto no es un contrato; es una lista parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, limitaciones, exclusiones, términos y disposiciones de su póliza. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y la póliza, prevalecerá su póliza. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su gerente de Recursos Humanos/beneficios. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su gerente de Recursos Humanos/beneficios.

Servicios proporcionados por Empire HealthChoice Assurance, Inc., licenciatario de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

¡Su beneficio de examen preventivo de salud de \$50 está a solo una llamada de distancia!

Como parte de su plan Empire, tiene un beneficio de examen preventivo de salud de \$50 para exámenes como mamografías, colonoscopías o análisis de glucosa en sangre en ayunas.

Para aprovechar este beneficio:

- o Llame a la línea de reclamaciones al 1-800-604-5379.
- o Esté preparado para compartir esta información para usted o su dependiente cubierto:
 - Número de seguro social
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección
 - Nombre del proveedor
 - Nombre del examen
 - Fecha del examen

Confirmaremos sus exámenes y luego le enviaremos un cheque. ¡Es así de simple!

Usted y sus dependientes cubiertos (cónyuge e hijos) tienen cada uno un beneficio de examen preventivo de salud de \$50 cada año calendario.

¿Preguntas?

Llame a la línea de reclamaciones al 1-800-604-5379.



Los exámenes elegibles incluyen:¹

- Ecografía de aneurisma de aorta abdominal
- Detección de densidad ósea
- Análisis de médula ósea
- Ecografía de mama
- CA 15-3 (análisis de sangre para detectar cáncer de mama)
- CA 125 (análisis de sangre para detectar cáncer de ovario)
- Otros exámenes de detección de cáncer
- Ecografía carotídea
- CEA (análisis de sangre para detectar cáncer de colon)
- Examen de detección de cáncer de cuello uterino
- Radiografía de pecho
- Colonoscopia
- Angiografía por TC
- Enema de bario de doble contraste
- ECG/EKG
- Análisis de glucosa en sangre en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Análisis de sangre oculta en heces
- Perfil lipídico
- Mamografía
- Ecografía para detectar la enfermedad arterial periférica (PAD)
- Examen de Papanicolaou
- PSA (análisis de sangre para detectar cáncer de próstata)
- SPEP (análisis de sangre para detectar mieloma)
- Análisis de colesterol sérico
- Prueba de esfuerzo (bicicleta o cinta de correr)
- Termografía
- Análisis de sangre de triglicéridos (HDL/LDL)

¹ Los exámenes pueden variar según el estado y el tipo de plan ofrecido. No disponible para todos los planes en todos los estados. Verifique su Certificado de cobertura para conocer los detalles.

Plan de indemnización hospitalaria

Con beneficios de cuidados intensivos



La indemnización hospitalaria proporciona un beneficio en efectivo libre de impuestos en un pago único para ayudar a pagar los costos que pueden surgir con una estadía en el hospital que su plan de salud no cubre. Utilice su cobertura de indemnización hospitalaria para ayudar a pagar los gastos médicos de su bolsillo o los gastos diarios como el alquiler, la comida o el transporte.

Características fundamentales:

- El beneficio en efectivo se le paga directamente a usted en un pago único libre de impuestos.
- Cubre la hospitalización por maternidad desde el primer día sin período de espera.
- Puede continuar con su cobertura incluso si deja de trabajar para su empleador, por hasta tres años.¹
- Sin limitaciones para afecciones preexistentes.²

Comodidad

Estamos aquí para ayudar. Para presentar una reclamación, comience con el formulario de reclamación provisto por su empleador. Siga las instrucciones del formulario para enviar y comuníquese con el número de teléfono que figura en ese formulario si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o sobre cómo presentar una reclamación.

Beneficio	Monto	Días
Internación hospitalaria: beneficio del primer día	\$165	5 días
Hospitalización por día	\$165	90 días
Estadía en la unidad de cuidados intensivos: beneficio del primer día	\$165	5 días
Estadía diaria en la unidad de cuidados intensivos	\$165	90 días
Limitación de afecciones preexistentes	Ninguno	
Período de espera del beneficio por maternidad	Ninguno	

¹ No disponible en todos los estados. El asegurado solo podrá continuar con la cobertura mientras el titular de la póliza la tenga vigente y el asegurado debe pagar la prima si elige continuar con la cobertura después de dejar de trabajar para el empleador.

² Los accidentes o enfermedades cubiertos deben ocurrir después de la fecha de vigencia de la cobertura.

Beneficios de seguro grupal de indemnización hospitalaria proporcionados por el formulario de póliza SHI B XX18 P o un equivalente estatal. Esto no es un contrato; es una lista parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, limitaciones, exclusiones, términos y disposiciones de su póliza. En caso de discrepancia entre la información de este resumen y la póliza, prevalecerá su póliza. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su gerente de Recursos Humanos/beneficios.

Servicios proporcionados por Empire HealthChoice Assurance, Inc., y/o Empire HealthChoice Assurance, Inc., bajo el nombre comercial Empire BlueCross BlueShield. Licenciarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

10/2020

Seguro por discapacidad



Cuando sucede lo inesperado, va a desear tener un plan de respaldo

Si se enferma o se lesiona y no puede trabajar, su cheque de pago puede desaparecer, pero sus gastos regulares no lo harán.

Un plan de discapacidad puede brindarle tranquilidad. Piense en ello como un plan de respaldo para el peor de los casos y una forma de proteger sus ingresos.

¿Sabía que 1 de cada 4 personas de 20 años de edad tendrá alguna discapacidad antes de jubilarse?¹ Si se enferma o se lesiona y no puede trabajar, nuestra cobertura por discapacidad le paga parte de su salario, hasta el límite permitido por su plan. Puede ayudarlo a cubrir facturas médicas y otros gastos mientras no recibe su salario.

La mayoría de la gente piensa en lesiones o accidentes laborales cuando piensa en discapacidad. Pero el 90% de las discapacidades son causadas por enfermedades, como artritis, dolor de espalda o cáncer.¹

Pagos rápidos y exactos

Sabemos que cuando necesita beneficios por discapacidad, los necesita rápido. Por lo que el tiempo de respuesta de nuestras reclamaciones se encuentra entre los más rápidos de la industria, por lo general dentro de dos días.² Y nuestra tasa de precisión para los pagos de reclamaciones es de 99.9%.²

¿Qué cantidad de seguro por discapacidad necesita?

Aquí encontrará una lista de verificación rápida para ayudarlo a calcular cuánta cobertura por discapacidad necesitará. Complete sus gastos mensuales habituales y súmelos para obtener una estimación de sus gastos totales.

Hipoteca o alquiler	\$ _____
Transporte (pagos de automóviles, reparaciones de automóviles, gasolina)	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____
Comida	\$ _____
Cuidado de niños o cuidado de ancianos	\$ _____
Médicos	\$ _____
Educación	\$ _____
Pagos de préstamos o tarjetas de crédito	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
Total	\$ _____

¹Sitio web del Council for Disability Awareness. *Chances of Disability* (consultado el 6 de febrero de 2017). www.disabilitycanhappen.org.

²Datos internos, 2016.

Los productos de seguro de vida y por discapacidad son suscritos por Anthem Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de: En Colorado: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO son suscritos por HMO Colorado, Inc. En Connecticut: Anthem Health Plans, Inc. En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine: Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Missouri (excluyendo 30 condados en el área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Heathy Alliance® Life Insurance Company (HALIC) y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertas filiales administran beneficios que no son de HMO suscritos por HALIC y beneficios de HMO suscritos por HMO Missouri, Inc. RIT y ciertas filiales solo brindan servicios administrativos para planes autofinanciados y no suscriben beneficios. En Nevada: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO son suscritos por HMO Colorado, Inc., que opera bajo el nombre de HMO Nevada. En Nuevo Hampshire: Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc.; los planes de HMO son administrados por Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. y suscritos por Matthew Thornton Health Plan, Inc. En Ohio: Community Insurance Company. En Virginia: Anthem Health Plans of Virginia, Inc. comercializa como Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia y su área de servicio es toda Virginia, excepto la ciudad de Fairfax, la ciudad de Viena y el área al este de la ruta estatal 123. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI), suscribe o administra PPO y pólizas de indemnización y suscribe los beneficios fuera de la red en pólizas POS ofrecidas por CompCare Health Services Insurance Corporation (CompCare) o Wisconsin Collaborative Insurance Corporation (WCIC). CompCare suscribe o administra pólizas de HMO o POS; WCIC suscribe o administra pólizas de Well Priority HMO o POS. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

26498MUMENABS VPOD 01/17

Cómo presentar una reclamación



de su plan por accidente, enfermedad especificada o indemnización hospitalaria

Si alguna vez necesita presentar una reclamación de su plan por accidente, enfermedad especificada o indemnización hospitalaria, debe saber que es diferente a presentar una reclamación de su plan médico. Con su cobertura médica, su médico u otro proveedor de atención médica presenta reclamaciones por usted. Para utilizar sus beneficios del seguro por accidente, enfermedad especificada o indemnización hospitalaria, deberá completar un formulario de reclamación y enviarlo por correo. También deberá proporcionar la documentación de la atención que recibió.

Así es como funciona:

1. Recopile la documentación

Deberá proporcionar toda la documentación relacionada con su reclamación, como las veces que vio a un médico o recibió un tratamiento por accidente o una enfermedad especificada. Esto puede incluir:

- o Notas del médico.
- o Documentación de alta de la sala de emergencias o del hospital.
- o Informes de laboratorio.
- o Facturas detalladas del médico o del hospital.
- o Resumen de beneficios médicos.
- o Recibos de cuidado de niños, transporte y/o alojamiento.
- o Informes policiales (si su reclamación incluye un accidente automovilístico).

Es posible que deba solicitar estos registros a sus médicos u otros proveedores de atención médica.

2. Llene el formulario de reclamo

Si aún no lo tiene, comuníquese con su departamento de Recursos Humanos o puede ir a la **Biblioteca de Formularios** en [empireblue.com/forms](https://www.empireblue.com/forms). Los registros que recopiló le ayudarán a responder las preguntas. Deberá saber cosas como:

- o Si está presentando una reclamación por accidente, enfermedad especificada o indemnización hospitalaria.
- o Las fechas de su lesión o enfermedad y cuándo recibió los tratamientos.
- o Los nombres de sus médicos y los lugares donde recibió tratamiento.

3. Firme el formulario y envíenoslo por correo o fax

Envíelo por correo a:

Empire Supplemental Insurance Benefit Department
P.O. Box 2076
Grapevine, TX 76099

O envíelo por fax al:

469-417-1977



¿Tiene preguntas sobre el formulario o cómo presentar su reclamación?

Estamos aquí para ayudar. Puede comunicarse con nosotros al 800-604-5379.

PLAN 403(B)

Plan de ahorros 403(b)

Ahorrar para su jubilación es importante. Tiene la oportunidad de reservar dinero tanto antes como después de impuestos

Elegibilidad	Contribuciones de los empleados: Usted es elegible para inscribirse en cualquier momento durante su empleo. No hay un requisito mínimo de servicio o de edad para las contribuciones de reducción de salario, incluyendo las contribuciones Roth designadas, a este plan.
Ingreso al plan	Usted está incluido como participante en el plan inmediatamente después de la inscripción.
Jubilación	Al cumplir 65 años.
Contribuciones	Deducción de salario: A discreción del participante Máximo permitido: \$23,500 (a partir de 2025) Contribución después de los 50 años de edad: \$7,500 (2025)
Otorgamiento	Deducción de salario: 100% otorgado de inmediato
Cambios al Plan 403(b)	Para cambiar los beneficiarios, la asignación de fondos y/o la deducción salarial, comuníquese con Mutual of America al 212-224-2111
Trasposos	Puede transferir la porción gravable de una distribución de efectivo desde otro plan de jubilación elegible [incluyendo un IRA, 403(b), 408(a) o 401(k)].

Para obtener ayuda, comuníquese con Mutual of America directamente al 212-224-2111.



Cubra los costos de una amplia gama de problemas legales comunes con un plan legal.

Acceda a abogados con experiencia para ayudar con la planificación patrimonial, venta de vivienda, auditorías fiscales y más.

Solo unas pocas veces en la vida podrá necesitar ayuda legal.

Casamiento

- Acuerdo prenupcial
- Cambio de nombre
- Actualización o creación de documentos de planificación patrimonial

Comprar, alquilar o vender una vivienda

- Revisión de contratos y contratos de arrendamiento
- Preparación de escrituras
- Asistencia en cierre de compraventas

Asuntos de robo de identidad

- Consultas de abogados sobre posibles acciones de los acreedores
- Asistencia para contactar bancos y acreedores
- Defensa de abogados para asuntos relacionados con el robo de identidad

Formación de una familia

- Redacción de testamentos y documentos de planificación patrimonial
- Audiencias escolares y administrativas
- Adopción

Cuidado de padres mayores

- Consultas con abogados por preguntas sobre Medicaid/Medicare
- Revisión de acuerdo de hogar de adultos mayores
- Revisión de documentos de planificación patrimonial

Enviar a los niños a la universidad

- Asistencia con depósito de seguridad
- Revisión de arrendamientos
- Asistencia de deuda de préstamos estudiantiles

Ayuda legal simplificada.

Vea lo sencillo que es utilizar su plan.

1 Es fácil encontrar un abogado

Cree una cuenta en **legalplans.com** para ver sus coberturas, seleccione un abogado y obtenga un número de caso para su asunto legal. O llámenos al **800.821.6400** para obtener ayuda.

2 Es fácil programar una cita

Llame al abogado que elija, proporcione su número de caso y programe una cita para conversar o reunirse.

3 Es fácil de principio a fin

¡Eso es todo! No hay copagos, deducibles ni formularios de reclamaciones cuando utiliza un abogado de la red para un asunto cubierto.

Inscríbese en los planes legales de MetLife durante la inscripción anual

Divulgaciones legales

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA, siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;

Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;

Prótesis; y Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos bajo este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

	PPO		EPO	HRA3000
	INN**	OON**	INN**	INN**
Deducible individual	\$1,000	\$3,000	\$1,000	\$3,000
Deducible de la familia	\$2,500	\$7,500	\$2,000	\$6,000
Coseguro	20%	40%	30%	10%

**INN = dentro de la red, OON = fuera de la red

Ley de Protección de la Salud de Madres y de Recién Nacidos

Por lo general, los emisores de seguros de salud y los planes de salud grupales, conforme a la ley federal, no pueden restringir los beneficios de la duración de cualquier estadía en un hospital con relación a un nacimiento para la madre o a un hijo recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, en consulta con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores, según la ley federal, no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir un período de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Derechos especiales de inscripción en virtud de la HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, puede inscribirse usted mismo o sus dependientes en el plan de salud de Fedcap en el futuro si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes).

Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción en el plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si pierde la cobertura de Medicare o CHIP porque ya no es elegible, debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días. Si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para asistencia con la prima en virtud de un programa estatal de Medicaid o CHIP que pagaría la parte de la prima del seguro médico que corresponde al empleado, puede solicitar la inscripción en el plazo de 60 días. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o benefitservicecenter@fedcap.org.

Paridad de salud mental

La Ley de Paridad y Equidad en Salud Mental y Adición de 2008 requiere que los planes brinden beneficios de salud mental y abuso de sustancias al mismo nivel que se ofrecen los beneficios médicos y quirúrgicos relacionados. Se puede encontrar información y detalles adicionales al visitar Paridad de Salud Mental del Departamento de Trabajo <http://www.dol.gov/general/topic/health-plans/mental>

Resumen de beneficios y cobertura

Como empleado, los beneficios de salud disponibles para usted representan un componente valioso de su paquete de compensación. También brindan una protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión. Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura médica. Elegir una opción de cobertura médica es una decisión importante. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, su plan proporciona un Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), que ofrece la información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar para ayudarlo a comparar todas las opciones. El SBC está disponible en la red interna de la compañía. Puede solicitar sin cargo una copia impresa llamando al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227).

Divulgaciones legales

Cobertura continua a través de COBRA

La Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria Omnibus (COBRA, siglas en inglés) le permite a usted, su cónyuge y sus dependientes cubiertos extender temporalmente los beneficios médicos, dentales y oftalmológicos y la FSA de atención médica en ciertas situaciones donde la cobertura terminaría (como al terminar su empleo o una reducción en horas). Si elige la cobertura COBRA, sus beneficios continuarán por un período de tiempo definido. Su cónyuge e hijos dependientes también pueden continuar con la cobertura bajo COBRA luego de un divorcio, pérdida del estado de dependiente o si usted muere. Se le pedirá que pague las primas de esta cobertura continua, que será el costo total del plan más una tarifa administrativa del 2%. Para obtener más información sobre la continuación de la cobertura a través de COBRA, consulte los documentos de su plan, llame al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o envíe un correo electrónico a benefit-service-center@fedcap.org.

Declaración de derechos de ERISA

Como participante del Plan, usted tiene derecho a determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Garantía de Ingreso por Jubilación del Empleado de 1974 ("ERISA", por sus siglas en inglés). La ley ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a: Recibir información sobre su Plan y sus Beneficios Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del plan y en otros lugares especificados, el plan y los documentos del plan, incluso el contrato del seguro y las copias de todos los documentos presentados por el plan en el Departamento de Trabajo de EE. UU., si los hubiere, tales como informes anuales y descripciones de planes. Obtener copias de los documentos del plan y de otra información del plan por medio de solicitud por escrito al administrador del plan. El Administrador del plan podrá imponer un cargo razonable por las copias. Recibir un resumen del informe financiero anual del plan, si es necesario presentarlo en virtud de ERISA. El Administrador del plan debe, por ley, entregar a cada participante una copia de este informe de resumen anual, si existiere.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, usted puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o dependientes si se produce una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento que califique. Usted y sus dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Medidas prudentes por parte de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables del funcionamiento del plan. Estas personas, denominadas "fiduciarias" del plan, tienen la obligación de operar el plan de forma prudente y conforme a los intereses de usted y de otros participantes del plan.

Nadie, incluyendo la compañía o cualquier otra persona, podrá echarlo o discriminarlo de forma alguna para evitar que usted obtenga beneficios de bienestar o que ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

Cumplimiento de sus derechos

Si su reclamo por un beneficio de bienestar se le niega en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo del rechazo. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamo.

Conforme a la ley ERISA, hay algunos pasos que puede tomar para hacer aplicar estos derechos. Por ejemplo, si usted solicita materiales al Administrador del plan y no los recibe en un plazo de 30 días, podrá entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del plan que proporcione los materiales y que le pague a usted \$110 por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a motivos fuera del control del Administrador del plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que le rechazaron o lo ignoraron, en su totalidad o en parte, y ha agotado todos los procedimientos de reclamo disponibles bajo el plan, podrá entablar una demanda en un tribunal federal o estatal. Si sucediera que los fiduciarios del plan usaran incorrectamente el dinero del plan, o si usted fuera discriminado por reivindicar sus derechos, podrá buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o podrá entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos y honorarios legales del tribunal. Si usted tiene éxito, el tribunal podrá ordenar a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde (por ejemplo, si la corte determina que su reclamo es improcedente), el tribunal podrá ordenar que usted pague estos costos y honorarios.

Ayuda con sus preguntas

Si usted tiene preguntas sobre su plan, esta declaración o sus derechos en virtud de la ley ERISA, deberá comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, el Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico o con Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits and Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

Información de contacto

Las preguntas relacionadas con esta información se pueden dirigir a Donna Quinn, vicepresidenta de Beneficios, al [212-727-4267](tel:212-727-4267) o dquinn@fedcap.org.

Divulgaciones legales

Aviso importante de Fedcap sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Fedcap y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos a su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso. Si este Aviso se le proporciona electrónicamente y usted es un participante del Plan, es su responsabilidad proporcionar una copia de este Aviso a sus dependientes elegibles de Medicare cubiertos por el Plan Médico. Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Fedcap ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por Fedcap, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin que sea responsabilidad suya, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP, siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Fedcap no se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de Fedcap, tenga en cuenta que puede que usted y sus dependientes no recuperen esta cobertura hasta la próxima inscripción abierta del plan. No puede abandonar la cobertura de medicamentos con receta bajo el plan médico y mantener otra cobertura bajo el plan médico. Esto se debe a que la cobertura de medicamentos con receta forma parte de todo el plan médico.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Fedcap y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare en el plazo de 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima del beneficiario básico de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, al menos, un 19% más alta que la prima del beneficiario básico de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo octubre para afiliarse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura con Fedcap cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare y usted". Obtendrá una copia del manual de Medicare por correo cada año. También pueden contactarlo directamente para hablarle sobre los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

Visite www.medicare.gov

Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (busque el número de teléfono en la contratapa de su copia del manual "Medicare y usted") para recibir ayuda personalizada Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Divulgaciones legales

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de Seguridad Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le puede solicitar que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar un monto de prima superior (una multa).

Fecha:	1 de noviembre de 2024
Nombre de la entidad /remitente:	The Fedcap Group
Contacto–Cargo/ Oficina:	Centro de servicios de beneficios de Fedcap
Dirección:	c/o Benefit Management Solutions P.O. Box 2828 East Setauket, NY 11733

Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para primas que pueda ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con la prima, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un Estado que se detalla a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay alguna asistencia con la prima.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque

1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669) o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo inscribirse.

Si reúne los requisitos, consulte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador. Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima bajo Medicaid o CHIP, y también es elegible según el plan de su empleador, su empleador le debe permitir inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se determine que es elegible para recibir asistencia con la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

Divulgaciones legales

<p>ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relé del estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé del estado 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI, siglas en inglés): https://mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>
<p>ALASKA – Medicaid El Programa de pago de primas de seguro médico de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>GEORGIA – Medicaid Sitio web de HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-in-surance-primapayment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, oprima 1 Sitio web de CHIPRA de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, oprima 2</p>
<p>CALIFORNIA– Medicaid Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) https://www.dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>	<p>INDIANA – Medicaid Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p>
<p>IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: Iowa Medicaid Salud y servicios humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Salud y servicios humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Salud y servicios humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>

Divulgaciones legales

<p>KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>	<p>NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p>KENTUCKY – Medicaid Sitio web del Programa de pago de primas de seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p>LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
<p>MAINE – Medicaid Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711 Página web de primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740 TTY: Relé de Maine 711</p>	<p>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia para el pago de la prima CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>
<p>MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>	<p>NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p>MINNESOTA – Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>
<p>MISSOURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OREGON – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de la Asociación Premium para Seguros Médicos (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/</p>
<p>VERMONT – Medicaid Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de acceso a la salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>

Divulgaciones legales

<p>PENSILVANIA – Medicaid Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de seguro de la salud de los niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premiumassistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premiumassistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa compartida de RIte)</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p>CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p>DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p>TEXAS – Medicaid Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea gratuita de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>	<p>WYOMING – Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si otros estados agregaron un programa de asistencia con la prima desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes organismos:

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites

En virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que en dicha recopilación aparezca un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento manifiesta que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA y donde aparezca un número de control de la OMB válido actualmente, y el público no tiene que responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control de OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, independientemente de otras disposiciones legales, ninguna persona estará sujeta a penalidades por no cumplir con una recopilación de información si en la misma no aparece un número de control de la OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de los informes públicos de esta recopilación de información, en promedio, es de siete minutos aproximadamente por encuestado. Se exhorta a las partes interesadas a enviar comentarios con relación a la carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., a la Administración de Seguridad de Beneficios del empleado, a la Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.

Divulgaciones legales

Aviso importante de Fedcap sobre las Nuevas opciones de cobertura del Mercado de seguros de salud y su cobertura de salud

Parte A: Información general

Cuando las partes más importantes de la ley de atención médica adquirieron vigencia en 2014, había una nueva forma de comprar seguros de salud: el Mercado de seguros de salud. Para ayudarle a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso le brinda información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de seguros de salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar el seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "compra única" para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza el 1 de noviembre de 2024 para la cobertura que comienza el 1 de enero de 2025.

¿Puedo ahorrar dinero con mis Primas de seguro médico en el Mercado?

Usted puede ser elegible para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solamente si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con determinados estándares. Los ahorros en su prima para la cual usted es elegible dependen del ingreso de su hogar.

¿Afecta la cobertura de salud del empleador la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con determinados estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual, o para una reducción en determinados costos compartidos si su empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla con determinados estándares. Si el costo de un plan de su empleador que le ofrece cobertura a usted (y no a otros miembros de su familia) es mayor al 9.5% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura que su empleador le proporciona no cumple con el "valor mínimo" estándar según la Ley de Atención Médica Accesible, usted puede ser elegible para un crédito impositivo¹.

Nota: Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, podría perder la contribución del empleador (si hubiere) frente a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador (así como la contribución de su empleador a la cobertura ofrecida por el mismo) a menudo se excluye del ingreso con fines del impuesto sobre la renta estatal y federal. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte los documentos de su plan o llame al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227) o envíe un correo a benefitservicecenter@fedcap.org.

El Mercado le puede ayudar a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de seguros de salud en su zona.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la cuota del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60% de esos costos.

Divulgaciones legales

Parte B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre las coberturas de salud ofrecidas por su empleador. Si decide comprar una cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará durante el proceso. Aquí encontrará la información del empleador que usted ingresará cuando visite HealthCare.gov para descubrir si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales. Esta información está numerada para que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador The Fedcap Group		4. Número de Identificación del Empleador (EIN, siglas en inglés): 83-0765672	
5. Dirección del empleador 633 Third Avenue, 6th Floor		6. Teléfono del empleador (212) 727-4200	
7. Ciudad New York	8. Estado NY	9. Código postal 10017	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura médica de los empleados en este trabajo? Donna Quinn			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (212) 727-4267		12. Dirección de correo electrónico dquinn@fedcap.org	

Aquí encontrará información básica sobre la cobertura médica ofrecida por este empleador:

Como su empleador, ofrecemos una cobertura de plan de salud para empleados que trabajan 30 horas o más por semana. Con respecto a los dependientes, ofrecemos cobertura. Sus dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legal
- Sus hijos dependientes

Si se confirma, esta cobertura cumple con el valor mínimo estándar¹, y el costo de esta cobertura puede ser accesible para usted, según el salario del empleado.

Nota: Aun si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, usted aún puede ser elegible para un descuento de la prima a través del Mercado. El Mercado usará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje por comisión), si está recién empleado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento de prima.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la cuota del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60% de esos costos.

THE
FEDCAP
GROUP

