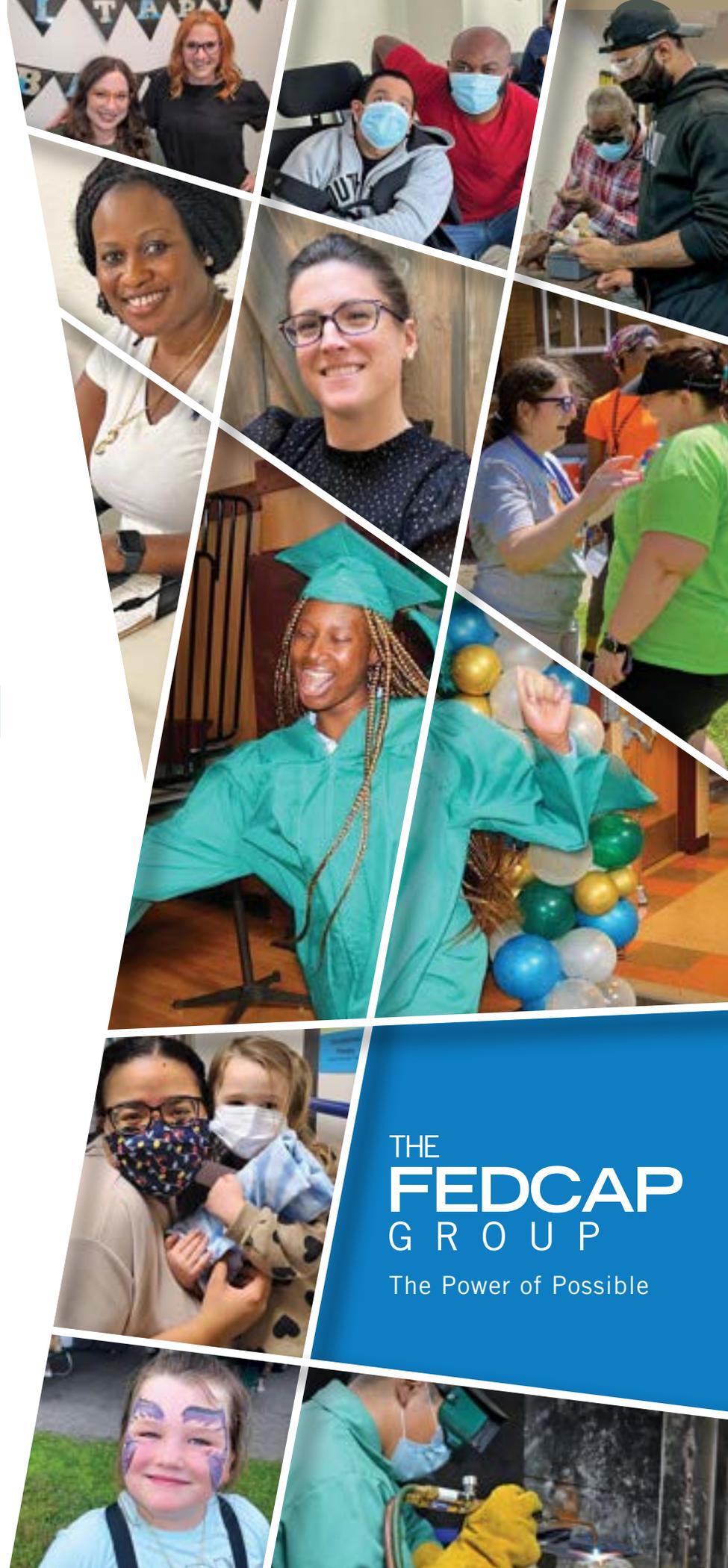


2023
**Camino
a la salud**

**Guía de
beneficios
de salud**
*Para trabajadores
clientes*



THE
FEDCAP
GROUP
The Power of Possible

Índice

Información de contacto	4
Elegibilidad e inscripción	5
Beneficios de salud y prestaciones sociales.....	7
¿Qué hay de nuevo o qué cambiará en 2023?.....	8
Bienestar y beneficios médicos	9
Beneficios dentales y oftalmológicos.....	19
Cuentas de gastos flexibles	21
Beneficios para viajeros frecuentes	22
Beneficios del seguro de vida/AD&D y por discapacidad	23
Beneficios del seguro voluntario de vida, accidentes, de hospital y enfermedad específicos.....	29
Plan 403(b)	35
Programa de asistencia al empleado.....	36
Plan legal.....	37
Descuentos y otros beneficios.....	38
Divulgaciones legales.....	42

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 **benefit-service-center@fedcap.org**.

Durante la inscripción abierta, los representantes de beneficios están disponibles de lunes a viernes entre las 9:00 a. m. y las 7:00 p. m., hora del este.

Beneficios/Operador	Teléfono	Sitio web	Número de grupo
Bienestar y servicios médicos Empire BCBS	800-435-1385 800-241-6894 (TDD) (dispositivo de comunicaciones para sordos) 833-203-1739 (Ingenio Rx)	www.empireblue.com	720419
Línea de enfermeras las 24 horas Empire BCBS	877-825-5276	N/C	720419
LiveHealth Online	844-784-8409	www.livehealthonline.com	720419
Plan dental Empire BCBS	877-606-3338	www.empireblue.com	720419
Plan de visión Empire BCBS	866-723-0515	www.empireblue.com	720419
Cuenta de gastos flexibles y Beneficios para viajeros frecuentes Benefit Resource Inc.	800-473-9595	www.benefitresource.com (código de la compañía: fedcap Identificación de inicio de sesión: su número de seguro social completo contraseña: código postal de su domicilio)	99538164
Seguro de vida/AD&D, por discapacidad Anthem	800-813-5682	www.empireblue.com o envíe un correo electrónico a Lifeanddisabilityclaims@anthem.com	720419
Manejo de licencias (FMLA y otras licencias) Anthem	888-868-7046	www.empireblue.com	720419
Beneficios voluntarios Anthem	800-604-5379	www.empireblue.com	720419
Plan de ahorros 403(b) Mutual of America	212-224-2108 212-224-2141	www.mutualofamerica.com Daniela.Guercio@mutualofamerica.com Maykel.Valera@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
Plan de asistencia al empleado Corporate Counseling Associates	800-833-8707	www.mycconline.com (código de la compañía: FEDCAP)	4745

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.

Los servicios médicos, dentales y oftalmológicos son administrados y asegurados por Empire BlueCross BlueShield. Anthem administra y ofrece los beneficios de seguro de vida, por muerte accidental y desmembramiento, por discapacidad a corto 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: Es elegible para recibir beneficios si trabaja bajo un contrato con el gobierno.

Los empleados clientes elegibles para Medicare deben elegir o mantener los beneficios médicos de Fedcap.

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

- Cónyuge legal
- Hijos de hasta 26 años, incluso hijastros, hijos adoptivos e hijos en adopción temporal (para servicios médicos, dentales y de la visión)
- 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

Los beneficios adquieren vigencia de acuerdo con el cronograma que aparece a continuación.

Para empleados nuevos, los beneficios entran en vigencia el:

Médico, dental, visión, cuenta de gastos flexible, viajero frecuente, discapacidad a corto plazo Plan de asistencia al empleado y MetLife Legal	Primero del mes, 30 días después de la fecha de contratación
Seguro de vida/AD&D	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 el:

Seguro médico, dental, visión, a corto plazo y por discapacidad	Fin de mes después de su último día de empleo
Vida/AD&D FSA MetLife Legal	Último día de trabajo
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

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 sufre un evento de vida que califique.

Cómo inscribirse

- Visite www.fedcapgroup.org/oracle
- Ingrese a su cuenta
- Desde la página de inicio, haga clic en el icono "Beneficios"
- Ve a 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"



Email: 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 (continuación)

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
- La calificación de su cónyuge o 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 benefit-service-center@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 bienestar: ¿cómo obtengo créditos de salud y bienestar?

Los créditos de salud y bienestar (H&W, por sus siglas en inglés) se calculan con base en la cantidad definida en su contrato y la cantidad de horas elegibles que usted trabaja cada semana. Las horas usadas para calcular los créditos H&W para un período de pago dato siempre será un período de pago atrasado, ya 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 elegidos pueden ser deducidos de su cantidad de créditos de H&W. Los beneficios de salud elegibles incluyen costos médicos, dentales, de visión, 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 trabajadores 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.

Cómo se distribuyen los créditos quincenales de H&W



¿Elegió usted una cobertura de beneficios?

Sí

No



¿Es el costo de los beneficios mayor que el crédito quincenal de H&W?

El crédito quincenal de H&W se deposita en su cuenta 403(b)

Sí

No



Costo de los beneficios
- Crédito quincenal de
H&W = Monto deducido
de su cheque de pago

Créditos quincenales
de H&W - Costo de
beneficios = Monto
depositado en su cuenta
403(b)

¿Qué hay de nuevo o que cambiará?

¿Qué hay de nuevo o qué cambiará en 2023?	
Planes médicos	EPO1: Deducible \$2,000/\$4,000 EPO2: Nuevo deducible \$500/\$1,000
Planes dentales	Implantes: cubiertos por los planes PPO1 y PPO2
Discapacidad a corto plazo	Beneficio semanal - 60 % del salario hasta un máximo de \$400
Plan voluntario de discapacidad a corto plazo (STD)	Nuevo plan voluntario de STD que sustituye al actual plan voluntario de STD Beneficio semanal - 60 % del salario hasta un máximo de \$1,500
Fedcap Advantage	Portal interactivo para acceder a los recursos públicos y comunitarios disponibles
Centro de inscripción abierta	Los materiales informativos de la inscripción abierta de este año están disponibles en el Centro de inscripción abierta Escanee el código QR para acceder al Centro de inscripción abierta



Beneficios médicos

Fedcap Group ofrece cuatro planes médicos a través de Empire BlueCross BlueShield (BCBS): organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) y organización de proveedores preferidos (PPO). Para obtener información adicional, consulte las descripciones detalladas de los planes proporcionadas por Empire BCBS.

Empire BCBS Características del plan	PPO		EPO2	EPO1	HRA3000
	Dentro de la red Blue Access	Fuera de la red	Dentro de la red solamente Blue Access	Dentro de la red solamente Blue Access	Dentro de la red solamente Blue Access
Deducible anual Individual/Familiar	\$1,000/\$2,500	\$3,000/\$7,500	\$500/\$1,000	\$2,000/\$4,000	\$3,000/\$6,000
Coseguro Plan/Miembro	90%/10%	70%/30%	90%/10%	80%/20%	90%/10%
Máximo desembolso "de bolsillo" Individual/Familiar	\$3,250/\$8,125 (incluye el deducible; todo el reparto de costos dentro de la red)	\$5,000/\$12,500 (incluye el deducible)	\$7,150/\$14,300 (todo el reparto de costos dentro de la red)	\$7,150/\$14,300 (todo el reparto de costos dentro de la red)	\$7,150/\$14,300 (incluye el deducible; todo el reparto de costos dentro de la red)
Examen físico anual de prevención	Cubierto al 100%	Cobertura dentro de la red solamente	Cubierto al 100%	Cobertura al 100%	Cubierto al 100%
Visitas al consultorio (PCP/Especialista)	Copago de \$20/\$35	Deducible/coseguro	Copago de \$25/\$40	Copago de \$35/\$50	Deducible/coseguro
LiveHealth Online	Copago de \$0	Deducible/coseguro	Copago de \$0	Copago de \$0	Deducible/coseguro (Si no se alcanza el deducible, el costo es de \$59. Si se alcanza el deducible, el costo es de \$5.90)
Laboratorio y radiografías de paciente ambulatorio**	Deducible/ Coseguro	Deducible/coseguro	Cubierto al 100%**	Cubierto al 100%**	Deducible/coseguro
Exámenes MRI/MRA, CAT, PET	Deducible/ Coseguro	Deducible/coseguro	Coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Atención médica de urgencia	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$40	Copago de \$50	Deducible/coseguro
Sala de emergencias (si es admitido, no se paga)	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Deducible/coseguro
Cuidado de maternidad de rutina	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Paciente hospitalizado	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Cirugía ambulatoria	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Equipo médico duradero	Deducible/coseguro	Cobertura dentro de la red solamente	Coseguro de 10%	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Paciente hospitalizado por salud mental y abuso de sustancias	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro	Coseguro	Deducible/coseguro	Deducible/coseguro
Instalación de consultorios para pacientes ambulatorios	Copago de \$20** Coseguro solamente	Deducible/coseguro	Copago de \$25 Coseguro	Copago de \$35 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	Copago de \$35/\$50***	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

***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 EPO1, EPO2 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 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 las preguntas frecuentes para conocer los detalles.

Cobertura de medicamentos recetados	PPO		EPO2	EPO1	HRA3000
Venta minorista (suministro para 30 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Sin deducible Copago de \$10 Copago de \$25 20%** \$80 mín./\$300 máx.	Cobertura dentro de la red solamente	Deducible de \$50* Copago de \$10 Copago de \$35 20%*** \$80 mín./\$300 máx.	Deducible de \$100* Copago de \$10 Copago de \$35 20%** \$80 mín./\$300 máx.	Deducible Copago de \$10 Copago de \$35 20%*** \$80/\$300 máx.
Pedido por correo postal (suministro para 90 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Sin deducible Copago de \$20 Copago de \$50 20%** \$80 mín./\$300 máx.	Cobertura dentro de la red solamente	Sin deducible Copago de \$20 Copago de \$70 20%*** \$80/\$300 máx.	Sin deducible Copago de \$20 Copago de \$70 20%** \$80 mín./\$300 máx.	Deducible Copago de \$20 Copago de \$70 20%*** \$80 mín./\$300 máx.

*por persona; no aplica al Nivel 1**20% del costo del medicamento con receta

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.empireblue.com.

Programa de pedido por correo

Puede ahorrar dinero en medicamentos 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 IngenioRx Home Delivery, P.O. Box 94467, Palatine, IL 60094-4467
- **En línea:** Visite www.empireblue.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.

Los suministros de diabetes incluyen:

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

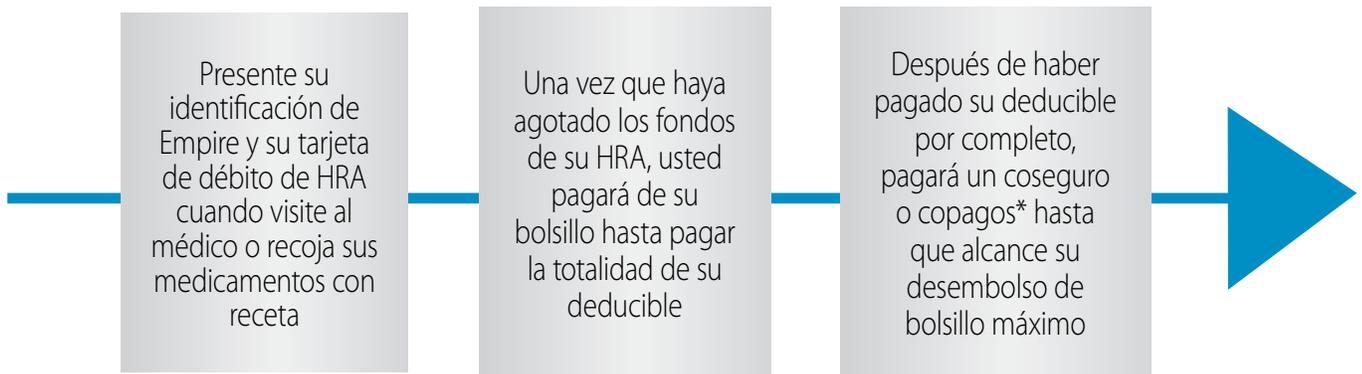
Para obtener más información sobre los medicamentos y suministros disponibles por un copago de \$0, ingrese a: www.empireblue.com.

Cuenta de reembolso de salud (HRA)

The Fedcap Group le proporciona una Cuenta de reembolso de salud (HRA) a través de Empire. Una HRA es una cuenta financiada por el empleador que usted puede usar para pagar los gastos de cuidado de la salud elegibles no cubiertos por Empire.

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 Empire



*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 2023, The Fedcap Group proporcionará el siguiente monto a los participantes de HRA3000:

Nivel de cobertura	Monto del estipendio
Empleado solamente	\$750
Empleado + hijo(s)	\$1,000
Empleado + cónyuge	\$1,000
Empleado + familia	\$1,250

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.

Manténgase enfocado en su carrera

The Fedcap Group se compromete con el éxito de sus empleados y comprende que se pueden presentar dificultades y desafíos. Single Stop, una compañía de The Fedcap Group, es un sitio integral que analiza qué beneficios están disponibles para usted y lo conecta con diferentes servicios sociales y recursos financieros gratuitos e integrales.

AYUDA EXCLUSIVA

Se habla español

(646) 931-2400

fedcapadvantage@fedcap.org



Protéjase a sí mismo

- 1 Escanee el código QR anterior para comenzar a crear su cuenta.
 - 2 Verifique su identidad con un código de acceso único.
 - 3 Tómese 10 a 15 minutos para completar el cuestionario guiado.
- * Si desea ayuda para completar la evaluación, llame al (646) 931-2400.

Camino a la independencia económica

La misión de Single Stop es equipar a otros para construir un camino a un futuro económicamente sostenible. Todos los empleados de The Fedcap Group y sus hogares son elegibles para usar los servicios de Single Stop de forma gratuita. Complete el evaluador para determinar de inmediato para qué programas federales y estatales existentes podría ser elegible.

The Fedcap Group
ADVANTAGE
POWERED BY SINGLE STOP™



Evaluación de beneficios

Sepa si es elegible para beneficios federales y estatales.



Preparación de impuestos

Asegúrese de maximizar sus créditos fiscales y reintegros.



Ayuda local

Ubique y contacte fácilmente recursos de la comunidad.



Asistencia en presentar solicitudes

Ayuda profesional y exclusiva, solo para usted.

 **Single Stop**™
a member of THE FEDCAP GROUP



LA BUENA SALUD VALE LA PENA

Su guía para obtener recompensas con Wellbeing Solutions

Su salud es importante. Por eso tiene Wellbeing Solutions, un conjunto de programas que lo ayudarán con su salud y bienestar cotidianos. De esta manera, recibe orientación y apoyo adicionales en el manejo de su salud, además de que puede ganar recompensas monetarias.

Gane hasta **\$1,100 en recompensas**

Empire Health Rewards¹ le ofrece a usted y su cónyuge o pareja cubiertos hasta \$1,100 en recompensas por participar en programas de salud y bienestar patrocinados por el empleador. Recibirá sus recompensas a través de tarjetas de regalo digitales.² Puede ver el estado de su progreso en empireblue.com o descargar la aplicación móvil gratuita Sydney Health.

Incluye

Well-being Coach³

Well-being Coach ofrece múltiples opciones para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de bienestar. Nuestra aplicación de entrenamiento digital ofrece soporte personalizado 24/7, donde se encuentre, siempre que lo necesite. Well-being Coach combina tecnología inteligente y técnicas probadas de terapia conductual para ayudarlo a mantener un peso saludable o dejar de fumar. También puede recibir ayuda adicional sobre temas de bienestar como nutrición, actividad, concientización y sueño. Well-being Coach es ofrecido por Lark y se puede acceder a ella desde la aplicación Sydney Health.

Si prefiere recibir ayuda personalizada o necesita apoyo adicional para cumplir con sus objetivos de salud, Well-being Coach le brinda acceso a un asesor de la salud certificado por teléfono. Usted y su asesor identificarán los hábitos que desea cambiar y desarrollarán planes de acción personalizados para lograr sus objetivos de salud. Independientemente de cómo se conecte, puede obtener recompensas con Well-being Coach.

Gane hasta **\$300** por Well-being Coach o por ConditionCare⁴

Recompensa de ConditionCare

Si tiene una afección crónica como asma o diabetes, puede recibir ayuda personalizada de un profesional de la salud a través de ConditionCare. Aprenderá mejores formas de controlar su salud y alcanzar sus objetivos de salud.

Gane hasta \$300 por participar en un programa centrado en enfermeras y enfocado en ayudar a los miembros con afecciones de alto riesgo:

- **\$100** por participar en el programa
- **\$200** por completar el programa

Para obtener más información sobre el programa o para inscribirse, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

Recompensa telefónica de Well-being Coach

Tanto para dejar de fumar o superar un estancamiento en la pérdida de peso, puede recibir el asesoramiento sobre el estilo de vida que necesita de un asesor de salud en vivo.

Gane hasta \$300 por recibir apoyo individual a través de un asesoramiento en vivo para condiciones de alto riesgo como dejar de fumar o controlar el peso:

- **\$100** por participar en el programa
- **\$200** por completar el programa

Cada asesor de bienestar está especialmente capacitado para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Puede encontrar Well-being Coach en empireblue.com o en la aplicación Sydney Health. También puede llamar al 1-833-985-8464 para hablar directamente con un asesor de la salud.

Reembolso de membresía de gimnasio: hasta **\$400**

Esforzarse mucho y sudar en el gimnasio hace que valga la pena aún más con un reembolso de gimnasio. Los miembros mayores de 18 años pueden obtener un reembolso de hasta \$400 por cumplir con el requisito mínimo de asistencia al gimnasio (35 visitas como mínimo por cada período de seis meses, \$200 dos veces al año) en un gimnasio que califique.⁵

Haga ejercicio 35 veces en cada período de seis meses dentro del año de su plan de beneficios en un gimnasio calificado, haga un seguimiento de sus sesiones de entrenamiento y envíe los formularios requeridos completados. Para obtener más información y descargar los formularios, inicie sesión en empireblue.com o en la aplicación Sydney Health y visite My Health Dashboard (Panel de mi salud), luego el área de Programas.

Recompensa para futuras mamás: hasta **\$200**

Las futuras mamás pueden recibir apoyo y ganar recompensas. Las enfermeras certificadas las ayudan a tomar decisiones saludables y a seguir el plan de atención del médico para un parto seguro y un bebé sano.

- Reciba \$100 por completar una evaluación inicial de maternidad
- \$50 por completar la evaluación provisoria
- \$50 por completar la evaluación posparto

Para obtener más información sobre el programa o para inscribirse, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

Recompensa por vacuna contra la gripe y visita de bienestar: hasta **\$50**

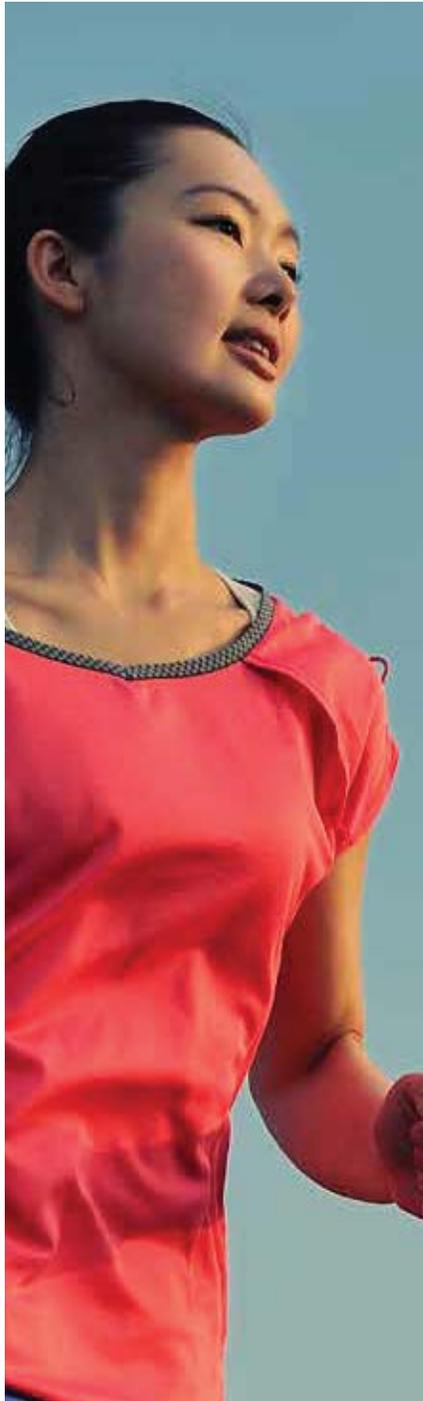
Para tener una motivación adicional para mantenerse saludable, puede ganar \$50 en recompensas por recibir un examen de salud preventivo anual basado en reclamaciones y una vacuna contra la gripe.

Visite el consultorio de su médico de atención primaria para su examen de salud preventivo. También puede recibir una vacuna contra la gripe en el consultorio de su médico o en una farmacia o clínica minorista. Su examen de salud preventivo o la vacuna contra la gripe no tienen que completarse en ningún orden en particular o al mismo tiempo. Envíe las reclamaciones a Empire o pídale a su médico u otro proveedor que las envíe a Empire por usted.⁶



Actividades de recompensas por mi salud: hasta \$150

Mantenga hábitos saludables al realizar un seguimiento de su actividad a través de empireblue.com, Sydney Health o la aplicación Well-being Coach. También puede realizar un seguimiento de las actividades de recompensas a través de una variedad de dispositivos, como Apple Health Kit, Google Health y más. Vaya a la sección Ayuda de Sidney Health para ver los dispositivos compatibles



Actividades de Sydney Health

- Iniciar sesión en el sitio web o la aplicación móvil: 10 puntos/año
- Conectar un dispositivo de rastreo: 15 puntos/año
- Completar la Evaluación de riesgos de salud de WebMD: 75 puntos/año
- Leer cinco artículos o mirar cinco videos: 25 puntos/año (se ganan 5 puntos cada vez)
- Los temas del artículo/video incluyen: ejercicio, alimentación saludable, sueño, salud familiar, cuerpo y mente, novedades, tendencias y más
- Crear un plan de acción: 10 puntos/una vez por trimestre
- Los planes de acción incluyen: Comer sano, lograr un peso saludable, mantenerse activo, aumentar la energía, reducir el estrés y dormir mejor
- Completar un plan de acción: 100 puntos/una vez por trimestre
- Hacer un seguimiento de sus pasos
 - Promedio de 2,000 pasos al día: 2 puntos/mes
 - Promedio de 5,000 pasos al día: 5 puntos/mes
 - Promedio de 7,500 pasos al día: 10 puntos/mes

Actividades de Well-being Coach

- Registro diario de la primera misión completada: 10 puntos
- Lograr 15 registros diarios de la misión completados durante los primeros tres meses: 15 puntos
- Lograr 25 registros diarios de la misión completados durante los segundos tres meses: 25 puntos
- Lograr 25 registros diarios de la misión completados durante los terceros tres meses: 25 puntos
- Lograr 25 registros diarios de la misión completados durante los cuartos tres meses: 25 puntos

Recibirá un pago de recompensa cuando alcance los hitos de 100, 200 y 300 puntos. Cada hito equivale a \$50.

Ejemplo: Primero, recibe un pago de recompensa cuando alcanza el hito de 100 puntos. Luego, su saldo de puntos se restablece a cero. Para alcanzar el siguiente hito, deberá ganar 200 puntos. Cuando alcance este hito de 200 puntos, recibirá un pago de recompensa y sus puntos se restablecerán nuevamente a cero. Para recibir el pago de la recompensa final, deberá ganar otros 300 puntos.

MERECE TENER UNA BUENA SALUD
COMIENCE HOY. INSCRÍBASE EN EMPIREBLUE.COM O
DESCARGUE LA APLICACIÓN MÓVIL GRATUITA SYDNEY HEALTH.





Ahorre dinero con los descuentos en empireblue.com

Como miembro de Empire, usted califica para descuentos en productos y servicios que ayudan a promover una mejor salud y bienestar.* Estos descuentos están disponibles a través de SpecialOffers para ayudarlo a ahorrar dinero mientras cuida su salud.

Visión, audición y dental

Glasses.com™ y 1-800-CONTACTS®: compre los armazones más nuevos de marca a una fracción del costo de armazones similares en otros minoristas. Además, puede obtener un descuento adicional de \$20 en pedidos de \$100 o más, envío gratis y devoluciones gratis.

EyeMed: obtenga un 30 % de descuento en un nuevo par de gafas, un 20 % de descuento en gafas de sol sin receta y un 20 % de descuento en todos los accesorios para gafas.

Premier LASIK: ahorre \$800 en LASIK cuando elige cualquier proveedor de la red Premier LASIK "destacado". Ahorre 15% con todos los demás proveedores de la red.

TruVision: ahorre hasta un 40 % en cirugía ocular LASIK en más de 1,000 ubicaciones.

Nations Hearing: obtenga exámenes de audición y servicio en el hogar sin costo adicional. El precio de todos los audífonos es a partir de \$599 cada uno.

Hearing Care Solutions: los instrumentos digitales comienzan en \$500 y un examen de audición es gratis. Hearing Care Solutions tiene 3,100 ubicaciones y ocho fabricantes, y ofrece una garantía de tres años, baterías por dos años y visitas ilimitadas por un año.

Amplifon: obtenga un 25 % de descuento, más un descuento adicional de \$50 en un audífono; descuento de \$125 en dos.

Alineadores ProClear™: obtenga un descuento de \$1,200 en un conjunto de alineadores personalizados. Puede mejorar su sonrisa sin aparatos metálicos y sin visitas al dentista que consumen mucho tiempo. Su pedido tiene un 50 % de descuento e incluye un kit de blanqueamiento gratuito.



An Anthem Company

MNYSH1231Y VPOD Rev. 06/20

Ejercicios y salud

Active&Fit Direct™: Active&Fit Direct le permite elegir entre más de 11,000 gimnasios participantes en todo el país por \$25 al mes (más una tarifa de inscripción de \$25 e impuestos aplicables). Ofrecido a través de American Specialty Health Fitness, Inc.

FitBit: póngase en forma para alcanzar sus objetivos de bienestar con los monitores de actividad física y relojes inteligentes Fitbit que se adaptan a su estilo de vida y presupuesto. Ahorre hasta un 22 % en ciertos dispositivos Fitbit.

Garmin: obtenga un 20 % de descuento en ciertos dispositivos de bienestar Garmin.

Jenny Craig®: únase a este programa para bajar de peso sin costo alguno. Jenny Craig le ofrece todo lo que necesita, para que alcanzar sus objetivos sea más sencillo. Puede ahorrar \$200 en comida, además de tener asesoramiento gratis, con una compra mínima. Ahorre un 5% adicional en la compra del menú completo. Aplican detalles.

ChooseHealthy®: hay descuentos disponibles en acupuntura, quiropráctica, masajes, podología, fisioterapia y servicios de nutrición. También tiene descuentos en equipos de ejercicios, monitores de actividad física portátiles y productos de salud, como vitaminas y barras nutritivas.

GlobalFit: se aplican descuentos en membresías de gimnasios, equipos de ejercicios, asesoramiento y otros servicios.

Familia y hogar

23andMe: obtenga un descuento de \$40 en cada kit Health + Ancestry. Ahorre 20% en un kit 23andMe y aprenda sobre su bienestar, ascendencia y más.

Safe Beginnings®: proteja a los bebés de su hogar y ahorre un 15 % en todo, desde puertas de seguridad hasta cubiertas de tomacorrientes.

Nationwide Pet Insurance: reciba un descuento automático del 5 % cuando se inscribe a través de su empresa u organización. Ahorre hasta un 15 % cuando inscriba varias mascotas.

ASPCA Pet Insurance: obtenga un 5 % de descuento en el seguro para mascotas. Puede elegir entre tres niveles de atención, incluidos deducibles flexibles y reembolsos personalizados.

WinFertility®: ahorre hasta un 40 % en el tratamiento de infertilidad. WinFertility ayuda a que el tratamiento de calidad sea económico.

LifeMart®: aproveche las excelentes ofertas en belleza y cuidado de la piel, planes alimentarios, membresías y planes de gimnasios, cuidado personal, servicios de spa y clases de yoga, artículos deportivos y cuidado de la vista.

Ejercicios y salud

SelfHelpWorks: elija uno de los programas Living en línea y ahorre un 15% en asesoramiento que le ayude a perder peso, dejar de fumar, controlar el estrés o la diabetes, recuperar el sueño profundo o enfrentar un problema con el alcohol.

Brevena: aproveche un descuento del 41 % en cremas y bálsamos BREVENA® para el cuidado de la piel con los que puede tener una piel suave y rejuvenecida del rostro a los pies.

Puritan's Pride®: elija entre una gran selección de vitaminas, minerales y suplementos de Puritan's Pride con descuento.

Productos para el control de alergias y National Allergy Supply: ahorre hasta un 25 % en productos seleccionados recomendados por médicos, como ropa de cama apta para personas alérgicas, purificadores y filtros de aire, productos para el asma y más. Los pedidos de más de \$59 se envían gratis por tierra dentro del territorio de los EE. UU.

Para encontrar los descuentos disponibles, inicie sesión en empireblue.com, elija Cuidado y seleccione Descuentos.

Sus descuentos de ofertas especiales son parte de nuestro esfuerzo por apoyar su viaje personal de salud. Cuidar su salud puede ser más fácil con los ahorros que ofrece su plan médico.

*Todos los descuentos están sujetos a cambios sin previo aviso.

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

Conéctese con la atención médica adecuada para usted

La herramienta Find Care le ayuda a buscar médicos o dentistas y comparar costos

Es importante elegir un proveedor en el que confíe y si elige uno de la red de su plan, puede ayudarle a mantener sus costos bajos. Encontrar atención de alta calidad y rentable es simple cuando usa la herramienta Find Care en la aplicación móvil Sydney Health o empireblue.com.

Cómo usar Find Care

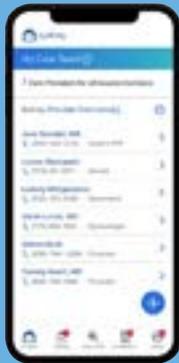
La herramienta Find Care reúne detalles sobre médicos, dentistas, hospitales, laboratorios y centros de atención médica en la red de su plan. Puede comparar fácilmente información como costos, ubicación y horario de oficina. Usted puede:



1

Buscar proveedores e instalaciones en la red de su plan por nombre, especialidad o procedimiento.

Seleccione Red Blue Access



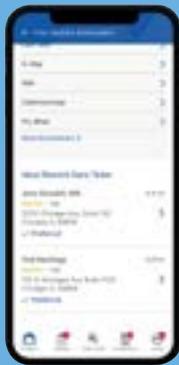
2

Personalice la lista de proveedores que ve en su búsqueda según los factores más importantes para usted, como el idioma que hablan, los hospitales afiliados y la ubicación.



3

Revise los detalles sobre los médicos o dentistas, como sus especialidades, género, antecedentes educativos e información de contacto.



4

Elija un médico o dentista de la lista para revisar las calificaciones de sus pacientes y comparar los costos de los servicios.

Elija con confianza

Puede empezar a usar Find Care descargando la aplicación Sydney Health en su dispositivo móvil o iniciando sesión en empireblue.com. Seleccione Find Care y la herramienta Find Care lo guiará a través de los pasos.

Estamos listos para ayudarlo

La herramienta Find Care le permite tomar el control de su atención médica al ayudarlo a conectarse con opciones de atención de alta calidad. Si tiene preguntas, puede comunicarse con nosotros utilizando la función de chat interactivo en la aplicación Sydney Health o mediante el Centro de mensajes en empireblue.com.



Descargue Sydney Health hoy para encontrar el proveedor adecuado para usted



Utilice la cámara de su teléfono inteligente para escanear este código QR.



An Anthem Company

Sydney Health se ofrece a través de un acuerdo con CareMarket, Inc. Sydney y Sydney Health son marcas comerciales de CareMarket, Inc.

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

123478NYMENEBS VPOD BV Rev 10/20

Beneficios dentales

The Fedcap Group ofrece dos planes dentales de la Organización de proveedores preferidos (PPO) a través de Empire BCBS. Para obtener información adicional, consulte las descripciones detalladas de los planes proporcionadas por Empire BCBS.

Características del Plan Empire BCBS	PPO1		PPO2	
	Dentro de la red Dental Complete	Fuera de la red	Dentro de la red Dental Complete	Fuera de la red
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 de fluoruro Selladores dentales (niños menores de 16 años)	Cubierto al 100%	Cobertura al 100%	Cobertura al 100%	Cobertura 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 (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

Cómo obtener acceso a las tarjetas de identificación dental de Empire BCBS

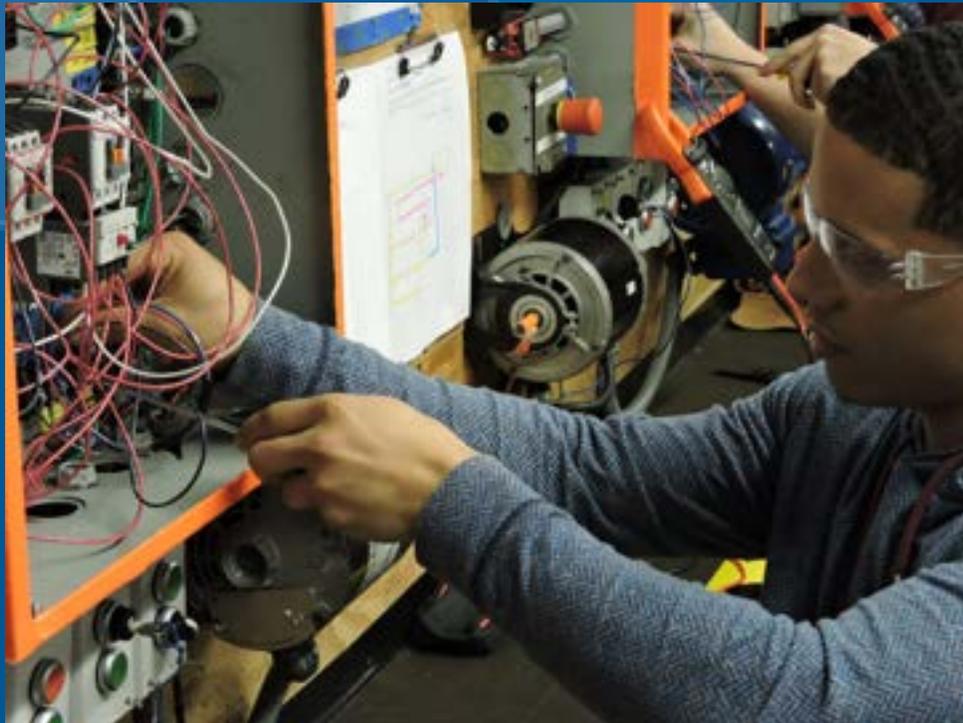
Visite www.empireblue.com desde su computadora o navegador móvil y haga clic en Inicio/Registro

Inicie sesión con su nombre de usuario de miembro y contraseña para acceder a su sitio web seguro para miembros

Beneficios para la **visión**

The Fedcap Group ofrece beneficios para la visión a través de Empire BCBS. Para obtener información adicional, consulte las descripciones detalladas de los planes proporcionadas por Empire BCBS.

Características del Plan Empire BCBS	Beneficios para la visión de Empire BCBS	
	Dentro de la red	Fuera de la red
		Reembolsable hasta...
Examen visual 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 Trifocales: Hasta \$45 Lenticular: Hasta \$80
Armazones 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)

Las FSA le permiten pagar los gastos de atención médica no reembolsada y/o de cuidado de dependientes antes de impuestos.

Tipo de cuenta	Ejemplos de gastos elegibles	Límites de contribución	Acceso a 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 coseguros del plan médico* <ul style="list-style-type: none"> Copagos Medicamentos con receta Gastos dentales, incluidos los gastos de ortodoncia e implantes Exámenes de visión/gafas/lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> Cirugía ocular con láser Gastos elegibles de venta libre 	Hasta \$3,050 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"> Ahorra entre el 20 % y el 40 % de sus gastos de atención médica Ahorra en compras no cubiertas por el seguro Reduce 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 Guardería/institución de enseñanza 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 el cuidado de dependientes en cada fecha de pago. Presenta los reclamos hasta su monto acumulado del año hasta la fecha en su cuenta 	<ul style="list-style-type: none"> Ahorra entre el 20 % y el 40 % de los gastos de atención médica de sus dependientes Reduce 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 pierde". Esto significa que perderá el saldo restante si no usa todos los fondos antes del 15 de marzo de 2024. Tiene tiempo hasta el 31 de marzo de 2024 para presentar todos los reclamos. Los saldos de FSA de atención médica del año anterior no estarán disponibles en su tarjeta. Debe presentar un reclamo manual para su reembolso; tenga en cuenta que este gasto se le debería reembolsar con los fondos del plan del año anterior. Consulte la lista ampliada 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 de estacionamiento y tránsito masivo en el 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 brinda 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 el IRS:

Transporte	Monto por mes
Gastos de tránsito	\$300
Gastos de estacionamiento	\$300

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.



Seguro de vida/por accidentes y por discapacidad

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Usted es elegible para seleccionar la cobertura de vida y AD&D si tiene programado trabajar al menos 12 horas por semana.

Beneficio	Empleados activos
Monto del beneficio (Seguro de vida)	1 vez el salario anual hasta un máximo de \$100,000
Monto del beneficio (Seguro AD&D)	1 vez el salario anual hasta un máximo de \$100,000
Cronograma de reducción del beneficio	50% a los 70 años de edad

Debe designar un beneficiario para que reciba su beneficio en caso de su fallecimiento. Asegúrese de revisar su designación de beneficiarios en archivo y hacer las actualizaciones necesarias.

Seguro por discapacidad a corto plazo

The Fedcap Group le proporciona los beneficios por discapacidad. 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 Lifelanddisabilityclaims@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.

Beneficio	Empleados de Nueva York	Empleados de Nueva Jersey	Todos los demás empleados
Beneficio por discapacidad estatutaria	50% del salario hasta \$170 semanal	85 % del salario hasta \$1,025 semanal	N/C
Beneficio por discapacidad proporcionado por la empresa	60 % del salario hasta \$400 semanal (incluidos los beneficios estatutarios)		60 % del salario hasta \$400 semanal
Período de espera de elegibilidad	7 días de incapacidad total	7 días de incapacidad total	7 días de incapacidad total
Vigencia del beneficio	26 semanas	26 semanas	26 semanas

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.

Licencia familiar paga del estado

The Fedcap Group cumple con las leyes estatales de licencia familiar paga. Consulte el Manual del empleado para conocer todas las leyes estatales de licencias. Comuníquese con Anthem al [888-868-7046](tel:888-868-7046) para obtener más información.

Seguro de vida/por accidentes y discapacidad (continuación)

Seguro por discapacidad a corto plazo voluntario

Tiene la oportunidad de comprar un plan de discapacidad a corto plazo adicional a través de Anthem.

Beneficio	Empleados activos
Monto del beneficio (STD)	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.
Cómo se pagan los beneficios	Los pagos comienzan por discapacidades ocasionadas por accidentes y enfermedades de la siguiente manera: El 8 ^{vo} día por accidente El 8 ^{vo} día por enfermedad. El periodo máximo del beneficio es de 26 semanas.

Seguro de vida grupal básico a término

The Fedcap Group, Inc. - Trabajadores clientes

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

Beneficio de seguro de vida grupal a término: 1 vez los ingresos anuales hasta un máximo de \$100,000.

Beneficio del seguro por muerte accidental y desmembramiento: Monto igual al beneficio de vida grupal a término

Designación de beneficiarios

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.

Beneficios después de los 70 años

A los 70 años, sus beneficios se reducirán de la siguiente manera:

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 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.

Renuncia a la prima

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.

Conversión

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.

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.

Asistencia en viajes

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.**

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.

Beneficios de licencia familiar paga para Nueva York, Nueva Jersey, Massachusetts, Rhode Island y Washington D. C.:

Licencia familiar paga (PFL) de Nueva York:

Monto del beneficio: El monto del beneficio es el pago que puede recibir si toma una licencia familiar paga por un evento calificado, que es el 67 % de su salario promedio semanal, hasta un beneficio máximo semanal de \$1,131.08.

Cómo se pagan los beneficios: El beneficio de PFL de Nueva York se paga por eventos elegibles hasta por 12 semanas durante cualquier período consecutivo de 52 semanas. La PFL comienza el 1er. día de una licencia aprobada y elegible. La PFL y DBL no se pueden tomar al mismo tiempo. Se permite un total de 26 semanas de combinación de DBL y PFL en un período consecutivo de 52 semanas.

Para obtener más información, visite <https://paidfamilyleave.ny.gov/>

Licencia familiar de Nueva Jersey:

Monto del beneficio: A partir del 1 de enero de 2023, a los reclamantes se les paga el 85 % de su salario promedio semanal y el beneficio semanal máximo aumenta a \$1,025.00 por semana.

Cómo se pagan los beneficios: Las reclamaciones que se hayan iniciado a partir del 1 de julio de 2020, pueden recibir beneficios durante doce semanas consecutivas (84 días) o hasta ocho semanas (56 días) de licencia intermitente en un período de 12 meses, siempre que un tercio (1/3) del salario bruto total ganado durante el año base sea un monto de beneficio más alto.

Para obtener más información, visite <https://myleavebenefits.nj.gov/worker/fli/>

Licencia médica y familiar paga (PFML) de Massachusetts:

Monto del beneficio: La cantidad de beneficios que puede recibir de PFML se basa en su propio salario promedio semanal cuando solicita la licencia y el salario promedio semanal de los trabajadores en todo Massachusetts. La cantidad total máxima que puede recibir en beneficios de PFML en este momento es de \$1,129.82 por semana.

Cómo se pagan los beneficios: Su pago de beneficios se basa en su salario semanal promedio individual, el salario semanal promedio estatal para los trabajadores de Massachusetts y el tipo de licencia que ha tomado. En 2023, el beneficio semanal máximo es de \$1,129.82.

Para obtener más información, visite <https://www.mass.gov/paid-family-and-medical-leave-benefits>

Seguro de cuidador temporal de Rhode Island (TCI):

Monto del beneficio: Recibirá un reemplazo salarial del 60 %. Su tasa de beneficio semanal será igual al 4.62 % del salario que se le pagó en el trimestre más alto de su período base. La tasa de beneficio máxima es de \$1,007.00 por semana y la tasa de beneficio mínima es de \$114.00 por semana.

Cómo se pagan los beneficios: Según el programa TCI, una persona puede recibir hasta un máximo de 5 semanas de beneficios (lo que reducirá la cantidad máxima de semanas de TDI) durante el período de un año de beneficios.

Para obtener más información, visite <https://dlt.ri.gov/individuals/temporary-disability-caregiver-insurance>

Licencia familiar paga del Distrito de Columbia:

Monto del beneficio: Los beneficios de la Licencia familiar paga se basan en los salarios que le pagó su empleador y que informó al Departamento de Servicios de Empleo. El monto máximo de beneficio semanal es de \$1,049,00.

Cómo se pagan los beneficios: Puede recibir los beneficios del Permiso familiar pagado de DC varias veces durante el año. Puede recibir un máximo de doce (12) semanas en total de beneficios del Permiso familiar pagado de DC (y para otros eventos, como el Permiso parental o el Permiso médico) por año. La fecha en la que recibió beneficios por primera vez es cuando comienza el año; no es un año calendario. Será elegible para recibir beneficios nuevamente un año después de esa fecha.

Para obtener más información, visite <https://dcpaidfamilyleave.dc.gov/>

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	\$ _____
Plan médico	\$ _____
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 New 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.

Seguro grupal por discapacidad a corto plazo

The Fedcap Group

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

Monto del beneficio grupal por discapacidad a corto plazo:

Principal: 60 % de los ingresos semanales hasta un beneficio semanal máximo de \$400

Adicionable: 60 % de los ingresos semanales hasta un beneficio semanal máximo de \$1,500

Cómo se pagan los beneficios

Los pagos comienzan por discapacidades ocasionadas por accidentes y enfermedades de la siguiente manera:
8° día por accidente, 8° día por enfermedad
El período máximo de beneficios determina durante cuánto tiempo se pagarán los beneficios. El periodo máximo del beneficio es de 26 semanas.

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 corto plazo para ayudar a cubrir la brecha en sus ingresos.

Resource Advisor

Este programa de apoyo de valor agregado 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 y pida hablar con un Asesor de recursos.

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 su gerente de Recursos Humanos/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 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.

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.

Inscripción inicial por única vez: Tiene la oportunidad de elegir una cobertura de hasta \$200,000 o 3 veces sus ingresos anuales, lo que sea menor, sin proporcionar evidencia de asegurabilidad, durante su período de inscripción abierta de 30 días, de acuerdo con los términos del contrato.

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.

Inscripción inicial por única vez para cónyuges: Tiene la oportunidad de elegir hasta \$30,000 en cobertura para su cónyuge sin proporcionar evidencia de asegurabilidad durante su período de inscripción abierta de 30 días, de acuerdo con los términos del contrato.

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

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.

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 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 72 horas de ocurrido	\$1,500
	Ambulancia - terrestre	Una vez/accidente dentro de 90 días de ocurrido	\$400
	Sangre/plasma/plaquetas	Una vez/accidente dentro de 90 días de ocurrido	\$400
	Sala de emergencias	Una vez/accidente dentro de 72 horas de ocurrido	\$250
	Examen de diagnóstico	Una vez/accidente dentro de 90 días de ocurrido	\$200
	Atención médica de urgencia	Una vez/accidente dentro de 72 horas de ocurrido	\$200
	Radiografía	Una vez/accidente dentro de 90 días de ocurrido	\$200
Atención médica de seguimiento	Seguimiento de accidentes	Hasta 3 tratamientos/accidente dentro de 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 90 días de ocurrido	\$100
	Alojamiento	Hasta 30 noches/de por vida	No está cubierto
	Aparato médico	Una vez/accidente dentro de 90 días de ocurrido	\$200
	Fisioterapia	Hasta 10 visitas/accidente dentro de 90 días de ocurrido	\$50
	Centro de rehabilitación	Hasta 15 días/de por vida dentro de 90 días de ocurrido	\$200
	Transporte	Hasta 3 viajes/accidente	\$400

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	Menos de \$500,000 o 2500 %
	Beneficio máximo de por vida — cónyuge e hijos	Menos 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 entrada 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:

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

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.

Los análisis 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
- EKG/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)

¹Los análisis 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.

¿Preguntas?

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



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 HMO, Inc. y/o Empire HealthChoice Assurance, Inc., que operan bajo el nombre comercial de Empire BlueCross BlueShield. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Cómo presentar una reclamación

para su accidente, enfermedad especificada o plan de indemnización hospitalaria



An Anthem Company

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 cómo funciona:

1. Reúna 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:

- Notas del médico.
- Documentación de alta de la sala de emergencias o del hospital.
- Informes de laboratorio.
- Facturas detalladas del médico o del hospital.
- Resumen de beneficios médicos.
- Recibos de cuidado de niños, transporte y/o alojamiento.
- 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. Complete el formulario de reclamación

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

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

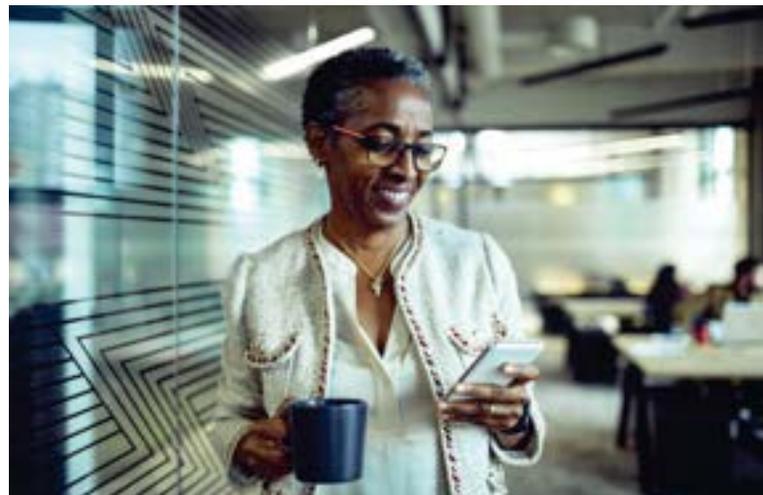
3. Firme el formulario y envíenlo por correo o fax

Envíelo por correo a:

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

O envíelo por fax a:

469-417-1977



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

Estamos aquí para ayudarlo. 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 para ayudar a construir sus ahorros para la jubilación.

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: \$22,500 (en 2023) Contribución después de los 50 años de edad: \$7,500 (2023)
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 212-224-2108 o 212-224-2141.
Acumulaciones	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)].
Retiros	Puede retirar sus fondos después de la cancelación del empleo, fallecimiento o el comienzo de los beneficios por Discapacidad del seguro social. Los retiros dentro del servicio se permiten para los empleados activos que tienen 59 1/2 años.
Retiros por dificultades económicas	Solo puede retirar sus fondos con fines de gastos médicos no asegurados, estudios universitarios, compra de vivienda principal o para evitar un procedimiento de ejecución hipotecaria, gastos de funeral y pérdidas por siniestro solamente, con documentación de apoyo. Comuníquese con el Departamento de procesamiento de retiros de Mutual of America al 877-567-9662

Para obtener ayuda, comuníquese con Mutual of America directamente al 212-224-2108 o 212-224-2141.

Programa de **asistencia al empleado** (EAP)



Porque la vida no espera, nosotros tampoco.

Por eso existe CCA@YourService. El programa proporciona consultas profesionales gratuitas, referencias y asesoramiento 24/7 para cualquier problema importante para usted y su familia.

FAMILIA Y CUIDADOS

cuidado de niños | cuidado de adultos mayores | adopción | necesidades educativas especiales | nuevos recursos para padres | etapas de la vida

VIDA COTIDIANA

necesidades del hogar | cuidado de mascotas | oportunidades de voluntariado en viajes y ocio | recursos de la comunidad

ASESORAMIENTO LEGAL Y FINANCIERO

testamentos | sucesiones | disputas entre vecinos | elaboración de presupuestos | créditos hipotecarios | planes de jubilación | créditos | robo de identidad

SALUD PERSONAL

hábitos saludables | ejercicio | nutrición | manejo de enfermedades crónicas | dejar de fumar

SALUD EMOCIONAL

relaciones | transiciones de vida | ansiedad y depresión por dolor y pérdida | abuso de sustancias

CARRERA PROFESIONAL

habilidades interpersonales | trabajo en equipo | formación y educación equilibrio laboral con la vida personal | estrés | manejo del tiempo

Todo esto y más es siempre @YourService.

Separe por la perforación y lleve la tarjeta en su billetera para facilitar el acceso al servicio, o agregue CCA@YourService a sus contactos tomando una foto del código QR.



LLAMADA GRATUITA:
800-833-8707

SITIO WEB:
www.myccaonline.com

CÓDIGO DE COMPAÑÍA:
FEDCAP

CARACTERÍSTICAS Y BENEFICIOS DEL SITIO WEB

Además del apoyo profesional en vivo, el sitio web sobre el trabajo y la vida personal también ofrece:

- Seminarios gratuitos y módulos de aprendizaje en línea para apoyar el crecimiento personal y profesional
- Descuentos exclusivos en marcas minoristas, restaurantes, boletos y más cuando compra en el Savings Center
- Calculadoras financieras y de la vida cotidiana para una variedad de aplicaciones prácticas





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

Compra, alquiler o venta de 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

- Creación 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

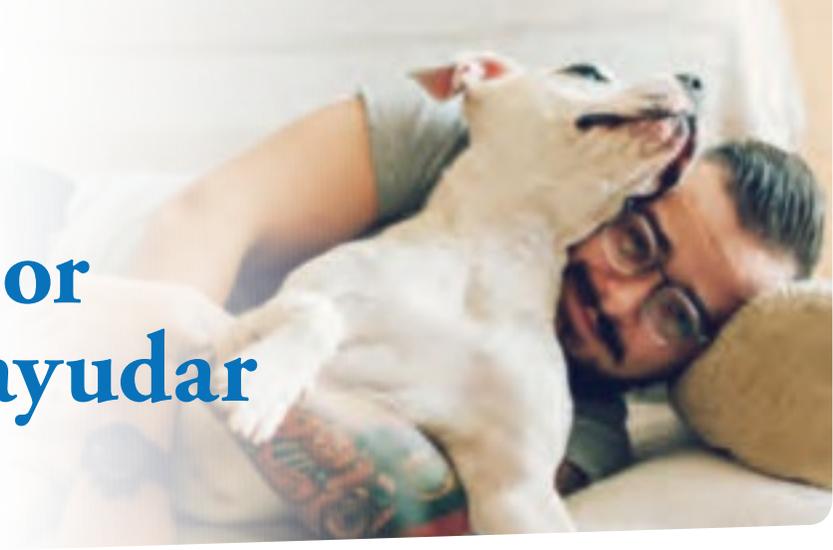
Llame al abogado que elija, proporcione su número de caso y programe una cita para conversar o reunirse.

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.

Inscríbase en los planes legales de MetLife durante la inscripción anual

Resource Advisor está aquí para ayudar



Resource Advisor, un programa de asistencia para miembros que se incluye con su beneficio de seguro de vida o por discapacidad, brinda recursos y servicios para apoyarlo a usted y a los miembros de su familia cuando lo necesite.

Asesoramiento por teléfono, en persona o mediante chat de video LiveHealth Online

Cuando se sienta estresado, preocupado o esté pasando por un momento difícil, es posible que quiera conversar con alguien. Usted y los miembros de su familia pueden llamar al Asesor de recursos en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y conversar con un consejero autorizado:

- **Por teléfono:** Llame al **1-888-209-7840**.
- **En persona:** Llame para programar sesiones en persona y luego coordine con su asesor.
- **Chat de video:** Hable con un consejero desde la comodidad de su hogar o desde cualquier lugar donde tenga acceso a Internet y privacidad utilizando LiveHealth Online. Para programar una visita de LiveHealth Online, llame al Asesor de recursos. Le daremos detalles sobre cómo coordinar una visita, junto con un código de cupón que le brinda visitas LiveHealth Online sin costo adicional para usted.

También puede revisar los antecedentes y las calificaciones de un terapeuta para ayudarlo a elegir uno que esté disponible y sea adecuado para usted. Lo que sea que funcione para usted, estamos aquí para ayudarlo con cualquier inquietud, sin importar cuán grande o pequeña sea.

Usted y los miembros de su familia son elegibles para recibir hasta tres visitas de consejero por cada problema o inquietud, sin costo para usted.

Los consejeros pueden ayudar con:

- Estrés
- Crianza de los hijos
- Ansiedad
- Depresión
- Todo problema que afecte su bienestar
- Enfrentar una enfermedad
- Relaciones o problemas familiares
- Búsqueda de cuidado de niños
- Cuestiones y recursos para el cuidado de ancianos

Resource Advisor
1-888-209-7840

www.ResourceAdvisor.Anthem.com

(Inicie sesión con el nombre del programa AnthemResourceAdvisor).



Resource Advisor

Perks at Work

Descuentos en las cosas que usa todos los días

Ahorre en productos electrónicos, certificados de restaurantes, membresías de gimnasios, programas de pérdida de peso, anteojos y lentes de contacto, suplementos nutricionales, viajes, entradas para eventos deportivos, incluso ahorre cuando compre su próximo auto. Es parte de la asistencia para miembros del programa Resource Advisor, que se incluye con su cobertura de seguro de vida y por discapacidad de Empire Life.

Perks at Work ofrece descuentos en bienes y servicios que usa todos los días, como:

- Membresías de gimnasios, incluidos FitReserve, LA Fitness, ClassPass, Active & Fit, GlobalFit y más
- Programas de pérdida de peso, como Nutrisystem, Weight Watchers y más
- Vitaminas y suplementos, incluido GNC
- Suministros y servicios para la vista, incluidos Glasses Shop, 1-800 CONTACTS y LasikPlus
- Decenas de marcas de hoteles
- Vuelos y otros servicios vacacionales
- Televisores, computadoras, tabletas, videojuegos y más
- Parques de atracciones Six Flags
- Entradas al cine
- Servicio de compra de coches para empleados
- Teléfonos celulares de Sprint, T-Mobile, Verizon y más
- Certificados de regalo de restaurantes populares

Inicie sesión en el sitio web Resource Advisor de Empire Life para ver todos los ahorros y acceder a los descuentos.



Servicios de asistencia en viajes

PLAN DE VIDA GRUPAL

No importa donde se encuentre, recibirá la ayuda que necesita

Si ocurre una emergencia inesperada mientras viaja, queremos ayudar a asegurarnos de que reciba los servicios que necesita las 24/7, sin importar en qué parte del mundo se encuentre.

Así es que su plan de seguro de vida grupal incluye servicios de **asistencia en viaje de Generali Global Assistance, Inc. (GGA)** para ayudar a proporcionar una red de seguridad si usted o sus dependientes tienen una emergencia fuera de casa.¹ Estos servicios están disponibles si se encuentra a más de 100 millas de su hogar durante 90 días o menos.

GGA también puede brindarle consejos útiles antes de viajar, como requisitos de vacunas y pasaportes, tasas de cambio de divisas y asesoramiento de viajes.

Asistencia médica de emergencia durante viajes

Si tiene una emergencia médica mientras viaja, llame a las autoridades de emergencia locales de inmediato. Luego, tan pronto como sea posible, llame a GGA al número que figura en su tarjeta de billetera de asistencia en viajes, que se incluye en el reverso de esta hoja. GGA lo ayudará a asegurarse de que reciba la atención médica adecuada, así como apoyo para sus necesidades personales y de viaje. **Todos los servicios, incluido el transporte médico, deben ser concertados con antelación por GGA.**

La ayuda las 24/7 está a una llamada de distancia

Si necesita ayuda cuando está fuera de casa o sugerencias antes de viajar, puede comunicarse con GGA las 24/7:

- Por teléfono desde EE. UU. y Canadá: 866-295-4890
- Por teléfono desde otros países: 202-296-7482 (llamada por cobrar)

Una ayuda en emergencias

Con la asistencia en viajes, obtendrá:

- **Referencias médicas:** GGA lo ayudará a encontrar médicos, dentistas y centros médicos.
- **Seguimiento médico:** Los administradores de casos profesionales, incluidos médicos y enfermeras, lo ayudarán a asegurarse de que reciba la atención adecuada o a decidir si debe ser trasladado a un centro de atención médica diferente.
- **Evacuación médica o regreso a casa:** Si un médico elegido por GGA decide que debe ser trasladado a un centro de atención médica diferente o regresar a casa para recibir tratamiento, GGA se encargará de ello. También lo pagarán, hasta el límite del programa de \$1 millón por cada incidente médico (todos los servicios combinados).

- **Garantías de pago:** Es posible que deba pagar ciertos servicios médicos incluso si su plan médico los cubre en el extranjero. En la mayoría de los casos, GGA puede garantizar el pago de estos servicios si proporciona una garantía para reembolsarlos. Esto ayuda a garantizar que no tenga que pagar en efectivo los gastos adicionales. Muchas instalaciones en el extranjero no aceptan tarjetas de crédito para el pago, por lo que este servicio es una característica importante.
- **Ayuda con hijos dependientes:** Si viaja con un dependiente menor de 26 años y este se queda solo porque usted está en el hospital, GGA establecerá y pagará su ruta más directa a casa con un pasaje aéreo en clase económica.² GGA también organizará y pagará un acompañante calificado para que lo acompañe, si es necesario.
- **Asistencia de acompañante en viajes:** Si tiene un compañero de viaje que necesita regresar a casa, GGA organizará y pagará² su pasaje aéreo.
- **Una visita de un familiar o amigo:** Si viaja solo y estará en el hospital siete días seguidos, GGA organizará y pagará el pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica² para que lo visite un familiar o amigo. También recibirán \$150 por día durante un máximo de cinco días para comidas y alojamiento.
- **Mensajes de emergencia:** GGA puede transmitir mensajes de y a familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- **Anticipos de emergencia en efectivo:** GGA adelantará hasta \$5,000 en caso de emergencia. Deberá proporcionar una garantía para reembolsarlos y pagar las tarifas de transferencia o envío.
- **Asesoramiento jurídico y fianza:** GGA buscará un abogado y organizará el pago de la fianza, si la ley lo permite. Deberá pagar o proporcionar una garantía de pago para el abogado y los honorarios de la fianza.
- **Coordinaciones de viaje de emergencia:** GGA puede hacer nuevas coordinaciones de viaje o cambiar las reservaciones de aerolínea, hotel y alquiler de automóviles si hay una emergencia. Deberá proporcionar una garantía de pago/tarjeta de crédito para boletos, habitaciones de hotel y alquiler de automóviles.
- **Interpretación o traducción:** GGA lo ayudará por teléfono en todos los idiomas principales o lo remitirá a un servicio que interpreta y traduce documentos por escrito.

GGA también lo ayudará con:

- **Lo que debe hacer si pierde o le roban su billetera o bolso.**
- **Traer sus restos a casa** si fallece, hasta \$10,000.
- **Llevar de regreso su vehículo personal en caso de emergencia.**
- **Llevar de regreso a su mascota en caso de emergencia.** Si su mascota viaja con usted y se queda sola porque usted está en el hospital o fallece, GGA coordinará y pagará su regreso a casa.
- **Búsqueda de equipaje, documentos y objetos personales perdidos.**
- **Reemplazo de medicamentos y anteojos.** Usted será responsable de estos costos.

Recuerde que todos los servicios deben ser coordinados con anticipación por GGA para que estén cubiertos por su plan. Es posible que deba pagar algunos otros servicios que brinda GGA, como adelantos en efectivo.

Siéntase más seguro dondequiera que vaya

Tiene acceso a los servicios de asistencia en viajes de Generali Global Assistance, Inc. como parte de su plan de seguro de vida. Si tiene una emergencia mientras viaja, usted y su familia pueden estar tranquilos sabiendo que pueden llamar para pedir ayuda si la necesitan. Para obtener más información, visite anthemlife.com.

✂ Recorte esta tarjeta de billetera y llévela consigo cuando viaje.

Asistencia en viajes

Proporcionado por Generali Global Assistance, Inc. para Anthem

Para obtener servicios de asistencia de emergencia en viajes, llame al número correspondiente a continuación, según su ubicación:

EE. UU. y Canadá: 866-295-4890

Otras ubicaciones (llamada por cobrar): 202-296-7482

Para obtener más detalles, visite anthemlife.com.

Válido solo para miembros elegibles.

Los jubilados no son elegibles para los servicios de asistencia en viaje.

1 Se aplican exclusiones y limitaciones. Primero debe llamar a Generali Global Assistance, Inc. para que los servicios sean cubiertos. Debe garantizar los fondos por adelantado. Consulte el folleto de asistencia en viajes para conocer los términos y condiciones completos. Generali Global Assistance, Inc. debe realizar o aprobar todos los servicios relacionados con el transporte para que sean elegibles. Debe reembolsar a Generali Global Assistance, Inc. ciertos gastos. Generali Global Assistance, Inc. no está afiliada a Anthem Life, y los servicios proporcionados a través del programa de asistencia en viajes son proporcionados por Generali Global Assistance, Inc. y no forman parte de la cobertura de seguro proporcionada por Anthem Life. En todos los casos, el profesional médico, el centro médico y/o el abogado sugeridos por Generali Global Assistance, Inc. o que brindan servicios directos al miembro elegible no son empleados ni agentes de Generali Global Assistance, Inc. o Anthem Life, y la selección final del profesional médico o del centro médico o del abogado es solo su elección. Generali Global Assistance, Inc. o Anthem Life no asumen ninguna responsabilidad por ningún consejo médico o asesoramiento legal brindado por el profesional médico y/o abogado, y Generali Global Assistance, Inc. no será responsable de la negligencia u otros actos u omisiones indebidos de cualquiera de los profesionales de salud y/o jurídicos que prestan servicios directos. El miembro cubierto no tendrá ningún recurso contra Generali Global Assistance, Inc. o Anthem Life por sugerencia o contrato con un profesional médico y/o abogado. Generali Global Assistance, Inc. tiene una capacidad operativa limitada en ciertos países sancionados por la OFAC, por lo que los servicios pueden ser limitados o no estar disponibles en esos países.

2 Hasta \$5,000

Los productos de seguro de vida y por discapacidad son suscritos por Anthem Life Insurance Company. En Georgia, los productos de seguro de vida y por discapacidad son suscritos por Greater Georgia Life Insurance Company con el nombre comercial de Anthem Life. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Los productos de seguro de vida y por discapacidad son suscritos por Anthem Life Insurance Company. En Georgia, los productos de seguro de vida y por discapacidad son suscritos por Greater Georgia Life Insurance Company con el nombre comercial de Anthem Life. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

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, por sus 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	EPO2	EPO1	HRA3000	
	INN**	OON**	INN**	INN**	
Deducible individual	\$1,000	\$3,000	\$500	\$2,000	\$3,000
Deducible de la familia	\$2,500	\$7,500	\$1,000	\$4,000	\$6,000
Coseguro	10%	30%	10%	20%	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 por correo electrónico a benefitsservicecenter@fedcap.org.

Paridad de salud mental

La Ley de Paridad y Equidad en Salud Mental y Adicción 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 ayudarle 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, llame al Centro de servicios de beneficios de Fedcap al [1-866-533-3227](tel:1-866-533-3227).

Divulgaciones legales (continuación)

Cobertura continua a través de COBRA

La Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus (COBRA, por sus siglas en inglés) le permite a usted, su cónyuge y sus dependientes cubiertos extender temporalmente los beneficios médicos, dentales y de la visión 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 o envíe un correo electrónico a benefitservicecenter@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 o a dquinn@fedcap.org.

Divulgaciones **legales** (continuación)

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, por sus 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.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide 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.

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

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 este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta...

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.

Divulgaciones **legales** (continuación)

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.

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 2022
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 será elegible para estos programas de asistencia con la prima, pero es posible que pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. 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 califica, 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 según Medicaid o CHIP, y también es elegible según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en el 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 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

Divulgaciones legales (continuación)

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 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

<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 (HBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente de HBI: 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.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.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-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131, 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 prima 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 Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de entre 19 y 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584</p>
<p>IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp 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 (continuación)

<p>KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</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://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p>NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p>LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>NEW 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. 5218</p>
<p>MAINE – Medicaid Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TELETIPO (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. TELETIPO (TTY): Relé de Maine 711</p>	<p>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>
<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TELETIPO (TTY): (617) 886-8102</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/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</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: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p>OREGON – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>VERMONT – Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>

Divulgaciones legales (continuación)

<p>PENNSYLVANIA – Medicaid Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p>RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.cohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa compartida de Rlte)</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: https://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p>WEST VIRGINIA – Medicaid Sitio web: https://dhhr.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 2022, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes organismos:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

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** (continuación)

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 los 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 los 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 2022 para la cobertura que comienza el 1 de enero de 2023.

¿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 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 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** (continuación)

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, por sus siglas en inglés) 83-0765672
5. Dirección del empleador 633 Third Avenue, 6th Floor		6. Teléfono del empleador (212) 727-4200
7. Ciudad Nueva 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. 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:

- 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

